Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 50. 11. December 1894. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 41. Jahrgang.

Originalien.

Zur Behandlung der Hautwassersucht.

Von *C. Gerhardt.*

Der 31jährige Kaufmann H. litt während seiner Militärzeit an Ohrenfluss, war nachher gesund, bis er August 1893 beim Heben einer schweren Kiste Bluthusten bekam, der sich in den nächsten Tagen öfter wiederholte. Einige Tage zuvor war er in's Wasser gefallen und hatte die Nacht darauf stark getrunken. Von da an Husten, Abmagerung, Athemnoth. Beim Eintritt am 31. III. 94 reichlich Tuberkelbacillen im Auswurfe, Erscheinungen umfänglicher Verdichtung mit Erweichungsvorgängen in der rechten Lungenspitze. Reibegeräusche an den serösen Säcken, mehrmals kleinere pleuritische Ergüsse. Die von Anfang harte Leber und die Milz nehmen an Umfang zu, am 8. IV. tritt Eiweiss zuerst und dann dauernd im Harn auf, wechselnde, doch meist geringe Harnmengen, geringer Blutgehalt, hyaline Cylinder. Bald auch Oedeme, erst des Gesichtes, dann ständig zunehmend der unteren Körperhälfte. Fieberloser Verlauf. Nachdem das Körpergewicht von 53,5 auf 100 Kilo gestiegen war und sich somit fast verdoppelt hatte, auch Digitalis, Scilla, Mittelsalze, Calomel, Diuretin, Massage, Sandbäder ohne oder nur mit vorübergehendem Erfolge angewendet worden waren, wurde am 4. VII. zur Anlegung von 16 Stichwunden an den Seitenflächen der Unterschenkel geschritten, mit strenger Verhütung jeder Möglichkeit der Wundverunreinigung.

Das Körpergewicht nahm in den ersten 24 Stunden um 30 Kilo ab, die Diurese wurde dauernd reichlich, die vorher vergebens angewandten harntreibenden Mittel wirkten nun und der Kranke verliess am 28. IX. ohne Anschwellung mit 56 bis 58 Kilo Gewicht, noch hustend, doch zu leichteren Arbeiten fähig, die Anstalt. Sein Zustand ist bis jetzt gut geblieben.

Die Harnmengen schwankten zwischen 900 und zuletzt 3200 cc, das specifische Gewicht zwischen 1005 und 1026. Beim Austritte war kein Blut mehr, wohl aber noch etwas Albumen im Harn nachzuweisen. Hyaline Cylinder wurden bald reichlich, bald spärlich gefunden, gekörnte und Epithelcylinder seltener.

Der Kranke hatte in den ganzen Monaten seines Spitalaufenthaltes nur an 2 Tagen mehr als 38,0 Körperwärme, nämlich 38,2 und 38,3 am 6. und 8. Tage nach der Stichelung. Längere Zeiten fieberlosen Verlaufes der Lungentuberculose finden sich öfter vor bei Kranken mit Amyloidentartung der grossen Unterleibsdrüsen. Der Hinzutritt dieser Entartung konnte bei unserem Kranken mit Sicherheit angenommen werden. In wieweit auch durch den Reiz reichlich genossener geistiger Getränke Bindegewebswucherung in Leber und Niere angeregt worden sei, musste dahingestellt bleiben. Günstige Bedingungen für fieberlosen Verlauf der Lungentuberculose scheinen auch durch Compression des N. vagus durch tuberculöse Lymphdrüsen geschaffen zu werden. Lungentuberculosen mit Blutspeien als erstem Krankheitszeichen verlaufen häufig verhältnissmässig milde. Die Ansicht mancher pathologischer Anatomen, dass Amyloid der Leber, Milz etc. nicht heilen könne, halte ich insoweit für begründet, als es sich um den nicht zu liefernden anatomischen Nachweis geheilter Amyloidentartung handelt. Am Krankenbette kann man in so vielen Fällen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu dem Glauben an solche Heilung gelangen, dass die Gesammtsumme dieser Werthe wohl als Gewissheit bezeichnet werden darf.

Bei diesem Kranken wurden eine Zeit lang Sandbäder angewandt. Sie können als Heissluftbäder der Haut aufgefasst werden. Wie Heissluftbäder bewirken sie geringe Erhöhung der Körperwärme (im Mittel 1,6 C. nach Weiland), starke Schweissabsonderung (0,5—1,5 Kilo). Der etwas (circa 1° C.) höhere Anstieg der Körperwärme im Sandbade im Vergleiche zum Heissluftbade erklärt sich dadurch, dass die Verdunstungsverhältnisse ungünstiger sind in der ruhenden Sandschicht, die der Haut anliegt, als in der bewegten Luft. Die Sandbäder, die die Athmungsorgane freilassen, können länger mit hoher Temperatur (bis 50° C.) genommen werden als Heissluftbäder. Die vortrefflichen Erfolge, welche mit diesen schon von Jos. v. Heine und Wunderlich viel angewandten Bädern zu erzielen sind und z. B. in Köstritz häufig erzielt werden, waren Veranlassung, sie auch hier in der Charité in Gebrauch zu bringen. In erster Linie kommen sie in Anwendung bei chronischen Gelenkrheumatismen, Arthritis deformans, Resten gichtischer Auflagerungen etc. Von derartigen Kranken habe ich manchen, der viel und vergebens in Wasserbädern herumgereist war, aus Köstritz geheilt oder dauernd gebessert zurückkommen sehen. Einige Mal wurden Reconvalescenten von acuter Nephritis ihren hartnäckig andauernden Eiweissgehalt des Harns in Köstritz vollends los. Auch bei breiter weisser Niere wurden noch Erfolge erzielt, natürlich nicht bei Schrumpfniere.

Hier in der Charité konnten auch einige Fälle von hartnäckigen Pleuraergüssen, einige ausgewählte Fälle von Wassersucht Herzkranker mit entscheidendem Erfolge Sandbäder gebrauchen. Ferner hatten manche Neuralgiekranke (Ischias, Gürtelschmerz Tabeskranker) Nutzen von dieser Einwirkung.

In unserem Falle versagten die Sandbäder, dagegen erwiesen sich Einschnitte in das Unterhautbindegewebe erfolgreich, ja erfolgreicher, als man irgend zu hoffen gewagt hatte. — Andere Methoden, wie Einlegung zahlreicher Stichröhrchen (Southey'sche Canülen), Aussaugen der Flüssigkeit mittelst Spritze und dicken Troicarts mögen auch ihre Vortheile haben. Von dieser lässt sich behaupten, dass sie einfach ist und gefahrlos, keine besonderen Instrumente erfordert und ihren Zweck vollkommen erfüllt. Hände, Instrumente und Operationsfeld müssen nur vollkommen rein sein. Die kleinen Messerstiche, meist 4 an jeder Seite des Unterschenkels, müssen sofort und immer wieder mit reiner Watte bedeckt werden. Soll die Flüssigkeit rasch ablaufen, so bringt man den Kranken in sitzende Stellung, durch Liegen kann der Abfluss jederzeit wieder verlangsamt werden. — Wir haben bei manchen Kranken auf ihren Wunsch diese Stichelung wiederholt vorgenommen und stets Wundinfectionskrankheiten jeder Art, na-

mentlich die früher so sehr gefürchteten: Erysipel und Gangrän fernzuhalten vermocht. Zwei beunruhigende Erscheinungen kamen öfters vor: kleine Hautblutungen zwischen den Stichstellen und nach raschem Abflusse Benommenheit, selbst Irrereden. Beides verlor sich jedoch nach einigen Tagen wieder. Sind auch die Ergebnisse wegen schwerer Grundkrankheiten häufig nur als kurzdauernde Erleichterung zu bezeichnen, so ermuthigen doch Erfolge, wie der hier mitgetheilte, das Verfahren, das ja nun gefahrlos ist, öfter zu versuchen.

Ueber einige neuere Heilmittel und Heilmethoden.[1])

Von Geheimrath *v. Ziemssen.*

Die Bemerkungen, welche ich Ihnen vortragen werde, bebewegen sich auf rein praktischem und zwar therapeutischem Gebiete. Die Kliniker sind ja verpflichtet, die Unmasse neuer Mittel soviel als möglich durchzuprobiren, um ein objectives Urtheil über deren Wirksamkeit und Brauchbarkeit zu gewinnen und dieses den Collegen bei einer Gelegenheit, wie die heutige ist, mitzutheilen.

Ich beginne mit dem neuesten Antipyreticum und Antineuralgicum, dem Laktophenin. Dieses Präparat ist nach der Angabe der Fabrikanten Boehringer Söhne ein Phenacetin, in welchem die an dem Ammoniakrest haftende Essigsäure durch Milchsäure ersetzt ist, also ein Laktophenacetin. Nach dem, was wir selbst gesehen haben und was Andere darüber berichten, scheint dieses Präparat ein brauchbares Heilmittel zu sein. In Betreff seiner therapeutischen Wirkung steht es dem Phenacetin am nächsten; es wirkt antipyretisch und antineuralgisch und soll sich nach der Mittheilung von v. Jaksch, Jacquet u. A. vor dem Phenacetin dadurch auszeichnen, dass es einen hohen Grad von Euphorie hinterlässt und Schlaf macht, Eigenschaften, welche das Medicament bei fieberhaften Krankheiten mit Aufregungszuständen, grossem Unbehagen und Schlaflosigkeit z. B. beim Abdominaltyphus, dann aber auch bei rheumatischen Neuralgien und besonders bei der Migräne werthvoll erscheinen lassen. Unsere Erfahrungen sind noch nicht zahlreich genug, um diese Angaben bestätigen zu können; es muss deshalb weiteren Beobachtungen vorbehalten bleiben, ob das Laktophenin die bezeichneten Vorzüge vor dem Phenacetin besitzt. Die Dosis, in der es gereicht wird, ist die des Phenacetins.

Ein anderes neues Präparat, welches berechtigtes Aufsehen erregt, ist das Ferratin. Dasselbe ist ein von Schmiedeberg, unserer ersten Autorität auf dem Gebiete der Pharmakologie, aus der Schweinsleber dargestelltes Eisenalbuminat, und wird jetzt fabrikmässig künstlich hergestellt. Schmiedeberg hält dieses Präparat für diejenige Verbindung des Eisens mit dem Eiweiss, welches vom Organismus präformirt in der Leber aufgestapelt wird. Die physiologische Bedeutung dieser Verbindung des Eisens mit dem Eiweiss, wie sie Schmiedeberg dargelegt hat, berechtigt zu der Annahme, dass dieses Präparat sich auch als das zweckmässigste für therapeutische Zwecke bewähren werde. Dazu kommt, dass das Ferratin in Pulverform leicht zu nehmen ist und keinen unangenehmen Geschmack besitzt.

In meiner Klinik hat auf meine Veranlassung Herr Dr. Gerulanos aus Athen eine grössere Reihe von Versuchen mit dem Ferratin angestellt. Er verglich die Wirkung desselben bei einer Anzahl von möglichst gleichgearteten Chlorosen unter täglicher Bestimmung des Hb-gehaltes und der Erythrocytenzahl mit dem therapeutischen Effect der bei uns gangbaren Methode der Eiseneinverleibung, welche in der reichlichen Darreichung der Blaud'schen Pillen und einer Beigabe von Liquor ferri albuminati Drees besteht. Diese Versuche ergaben, dass das Ferratin ein gutes Eisenpräparat ist, sehr leicht verdaulich und angenehm zu nehmen ist, sich aber in der Dosis, wie es Schmiedeberg vorschlägt (0,5—1,0), in der therapeutischen Wirkung nicht mit dem Effect unserer grossen Eisengaben messen kann.

[1]) Vortrag, gehalten beim IV. oberbayer. Aerztetag in München.

Wenn wir die Quantität des im Ferratin dem Organismus zugeführten Eisens vergleichen mit der Menge reinen Eisens, welches bei unserer Methode zur Einführung kommt, so erhalten wir ein Verhältniss von etwa 1:8. Es ist nun ganz wohl denkbar, dass auch das Ferratin in entsprechend höherer Dosis gereicht werden darf, um dieselben raschen Erfolge zu erzielen, welche wir bei unsern grossen Gaben erreichen. Eine Erfahrung über diesen Punkt besitzen wir zur Zeit nicht, auch dürfte sich ein solcher Versuch mit grossen Dosen des Ferratins in der Privatpraxis zunächst noch durch den hohen Preis dieses Präparates verbieten.

Ich möchte dann noch Einiges bemerken über die Anwendung des Strophanthins, des wirksamen Princips des Strophanthus. Die allgemein gebrauchte Strophanthustinctur Fraser's zeigt, wie die Herren Collegen selbst oft genug erfahren haben werden, eine recht ungleiche Wirkung; sie verhält sich in dieser Beziehung den Digitalistincturen gleich, die man meines Erachtens auch am besten ganz aus dem Arzneischatz verbannen und durch Digitalispulver und -Infusum ersetzen sollte. Auch das werden die Herren Collegen in ihrer Praxis bemerkt haben, dass die Strophanthustinctur leicht Erbrechen erregt. Das Strophanthin scheint nun nach den auf Prof. Bauer's und meiner Klinik gemachten Erfahrungen als Digitalissurrogat eine zuverlässigere Wirkung als die Tinctur zu besitzen. Es wirkt zwar nicht so nachhaltig wie die Digitalis, scheint aber auch keinerlei cumulative Wirkungen zu entfalten. Wir reichen es in Dosen von 0,001 zweimal täglich.

Endlich noch eine kurze Bemerkung betreffs einer neuen Applicationsweise der Salicylsäure. Es wird Ihnen aus Ihrer Praxis sattsam bekannt sein, dass manche Patienten gegen den Geschmack des Salicylnatrons eine Idiosynkrasie besitzen und sich bald, nachdem die Darreichung desselben beim acuten Gelenkrheumatismus begonnen hat, weigern, das Mittel weiter zu nehmen. In solchen Fällen empfiehlt sich nach unsern Versuchen die Application der Salicylnatronlösung in Klystirform. Die Resorption des Präparates vom Rectum aus ist eine nahezu ebenso prompte und vollwichtige als vom Magen aus. Wir injiciren pro dosi 2—3 g in 15—20 g Aq. calida gelöst und wiederholen das Klysma nach Bedarf. Die Nebenwirkungen des Salicyls (das Ohrensausen und der Schweissausbruch etc.) stellen sich bei dieser Applicationsmethode natürlich ebenfalls ein, allein der widerliche Geschmack und die Uebelkeiten bleiben vermieden.

Ich kann übrigens die rectale Applicationsmethode auch für die Einverleibung anderer schlechtschmeckender Medicamente empfehlen, z. B. für die Einverleibung der Scillapräparate, deren Anwendung per os so häufig an dem abscheulichen Geschmack des Medicaments scheitert.

Auch die neuerdings empfohlene percutane Application der Salicylsäure in Salbenform auf die schmerzenden Gelenke kann ich nach unseren Erfahrungen nur empfehlen. Die Aufnahme der Salicylsäure durch die Haut ist unbestreitbar, da, wie uns viele Versuche lehrten, $^1/_2$ Stunde nach der Einreibung Salicylursäure im Harn nachzuweisen ist. Die Resorption wird befördert durch Zusatz von Terpentinöl, doch wird, wie unsere Versuche zeigten, die Salicylsäure auch ohne Terpentinzusatz aufgenommen. Wir wenden eine starke Salicylsalbe an, bestehend aus 10,0 Acid. salicyl., 10,0 Ol. Terebinthin., 30,0 Lanolin. und 50,0 Ung. Paraffini.

Endlich möchte ich noch 2 Bemerkungen in Ernährungsfragen machen. Die erste betrifft das Aleuronat, das von Ebstein empfohlene Pflanzeneiweisspräparat, dessen Zusammensetzung noch Geheimniss ist. Es enthält neben dem Pflanzeneiweiss nur sehr wenig Amylum und eignet sich desshalb besonders für die Ernährung von Diabetikern, ist auch in der That zu Zwieback und zu Brod verbacken ein ganz schmackhafter Ersatz für Amylumbrod.

Die zweite Bemerkung betrifft die Anwendung des frisch-ausgepressten Fleischsaftes, auf dessen ganz hervorragende Eigenschaften als Nährmittel für Kranke ich schon wiederholt hingewiesen habe. Ich bedaure auf das Lebhafteste, dass für die importirten Fleischsaftpräparate (Valentine's Meat-

Juice u. A.). deren Beschaffenheit und therapeutischer Werth doch recht zweifelhaft ist, so viel deutsches Geld in das Ausland geht, während wir uns das sauberste und wirksamste Fleischpräparat in jeder Apotheke durch Auspressen des frischen Fleisches bereiten lassen können. Für solche Patienten, denen der Blutgeschmack des Fleischsaftes widersteht, lasse ich in der Conditorei ein Fleischsaftgefrorenes bereiten; dasselbe ist in Folge der Versetzung des Gemisches mit Cognac und Vanillezucker, wie sie der Conditor Schweitzer dahier (Lindwurmstrasse) durch Versuche als zweckmässig erprobt hat, von so angenehmem Geschmack, dass die Patienten es sehr gerne nehmen. Man kann in dieser Form ohne Schwierigkeit 200 g Fleischsaft täglich einverleiben, und zwar bei Patienten, welche gegen jede sonstige Fleischnahrung einen Abscheu haben oder welche jede andere Nahrung erbrechen, wie dies z. B. bei Typhuskranken doch nicht selten der Fall ist.

Ich kann dieses Nährmittel für Schwerkranke nur auf das Wärmste zum Gebrauch empfehlen, um so mehr, als jeder Arzt sich in seiner Apotheke den Fleischsaft auspressen und denselben von seinem Conditor zu Fleischsaftgefrorenem verarbeiten lassen kann. Die genaue Anweisung für die Bereitung des Gefrorenen habe ich in meiner Abhandlung über die Therapie des Abdominaltyphus in dem Stintzing-Penzoldt'schen Handbuch angegeben.

Aus dem Karl-Olga-Krankenhaus in Stuttgart.

Ueber neuere Methoden der Fracturbehandlung.[1])

Von Prof. *A. Landerer.*

Die Behandlung der Knochenbrüche ist heute — nach einer Pause von einem Vierteljahrhundert — wieder in den Vordergrund des Interesses getreten. Nicht zum wenigsten hat hiezu die neue socialpolitische Gesetzgebung beigetragen, welche uns die Möglichkeit gewährt, Verletzte noch Jahre lang unter Augen zu behalten und die Folgezustände der Fracturen genau zu studiren. Aus den Acten der Berufsgenossenschaften lernen wir immer wieder, dass bei Knochenbrüchen nicht die Consolidation des Bruchs es ist, welche Schwierigkeiten macht und die Behandlung in die Länge zieht, sondern die Folgen des Knochenbruchs, der Muskelschwund, die Steifigkeiten der Gelenke und Sehnenscheiden, die chronischen Oedeme u. dergl. Wohl haben wir gelernt, auch diese störenden Folgeerscheinungen durch energische manuelle Massage, durch die Zander'sche Gymnastik und Massage rascher und gründlicher zu beseitigen. Aber auch auf diesem Gebiet hat es sich gezeigt, dass es zweckmässiger ist, diese Zustände zu vermeiden, als sich, wenn sie einmal da sind, mit ihrer Beseitigung zu quälen.

Drei Methoden sind es hauptsächlich, welche darauf hinzielen, die Behandlung der Fracturen abzukürzen und zu verbessern — die Bestrebungen Bardenheuer's, die Extensionsbehandlung auf alle Brüche zu übertragen, dann die Anwendung früher Massage und Gymnastik bei Fracturen (soviel mir bekannt, von mir zuerst publicirt in der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig am 28. Mai 1890, Sammlung klinischer Vorträge 1891), schliesslich die ambulatorische Behandlung der Knochenbrüche der unteren Extremität (Krause, Bardeleben. Korsch, Alber, u. A.).

Wenn ich mir erlaube, Ihnen meine Erfahrungen mit diesen Methoden mitzutheilen und die Praxis zu schildern, die sich mir herausgebildet hat, so will ich damit nicht ein abschliessendes Urtheil abgeben; die Fragen sind noch zu sehr im Fluss, um endgiltig entschieden zu werden.

Eine Fractur kann von Anfang an mit Massage behandelt werden — der typische Querbruch der Patella. Schon nach 24 Stunden beginnt man zweimal täglich zu massiren. In der Zwischenzeit werden die Fragmente mit einer Heftpflastertestudo zusammengezogen und das Bein auf einer Schiene hochgelagert. Am 6.—8. Tag stehen die Kranken mit einem Verband, der die Beugung hindert, auf. Sie können schon Ende der 2. Woche mit einem Stock (und Verband) gehen. Eine knöcherne Vereinigung erzielt man so auch nicht sicher, aber die Atrophie des M. quadriceps wird verhütet und die Function des Beins kehrt früh zurück.

Aehnlich ist die Behandlung des Olecranonbruchs. Nach einer Fixation von 8 Tagen in Beugung von ca. 140°, wobei das Olecranon mit Heftpflasterschlingen nach abwärts gezogen wird, beginnt man mit Massage und Stellungsänderungen, behält aber den Heftpflasterverband noch für 8 Tage bei. Hier pflegt man knöcherne Vereinigung und ein freies Gelenk zu erzielen.

Bei Querbrüchen, überhaupt Brüchen ohne Neigung zur Dislocation bediene ich mich der kurz dauernden Fixation und frühen Massage und Gymnastik.

Die typische Radiusfractur behandle ich — nach exacter Reposition — auf einer Pistolenschiene aus Pappe (mit biegbarem Blechstreifen darunter) in starker Ulnar- und Palmarflexion; die Schiene reicht nur bis zum Ansatz der Finger. (Selbstverständlich können auch andere Schienen, wie die Schede'sche benützt werden.) Der Patient darf mit den Fingern spielen. 5—6 Tage nach der Verletzung wird diese Schiene abgenommen und die Fractur nachgesehen und eine kurze palmarflectirte Volarschiene, die vom Metatarsus bis 10 cm über das Handgelenk geht, angelegt. Diese wird nach 3—4 Tagen abgenommen und dann zu Massage, Gymnastik, Armbädern übergegangen. Meist ist die Behandlung mit 14 Tagen abgemacht.

Die Behandlung der Radiusfractur in der Mitella ohne alle Fixation nach Petersen hat mich nicht befriedigt. Ich habe dieselbe schon vor 12 Jahren an 8 Fällen versucht, habe aber soviel mit der Wiederkehr der Dislocation zu kämpfen gehabt, dass ich die Behandlung wieder aufgegeben habe und zur kurzdauernden Fixation zurückgekehrt bin.

Die Knöchelbrüche bringe ich — sofort nach der Verletzung — in gut wattirte provisorische Gipsverbände in adducirter (Klumpfuss-) Stellung. Nach 4—5 Tagen wird der Verband abgenommen und ein neuer genau anliegender Gipsverband mit Flanell- oder Tricotunterlage in derselben Stellung angelegt. Am 11.—12. Tag wird dieser gespalten und 2 mal täglich Massage und Fussbad verordnet. Der Verletzte bleibt noch 2 Tage in der Kapsel und geht von Ende der 2. Woche an ohne Verband. Ich habe bei über 300 behandelten Knöchelbrüchen nie einen Schaden von so frühem Auftreten gesehen. Auch vorher sind die Kranken nicht ans Bett gefesselt. Sie dürfen mit Krücken umhergehen.

In derselben Weise — mit kurzdauernder Fixation und frühzeitiger Massage und Gymnastik — werden alle Brüche behandelt, wo keine Neigung zur Dislocation besteht oder diese im fixirenden Verband völlig beseitigt werden kann, z. B. durch distrahirende Gipsverbände. Wo man, wie in der Landpraxis, geschlossene Gipsverbände scheut, kann der Gipsverband sofort gespalten und mit Binden wieder geschlossen werden oder es können Gipsrinnen (mit Gipswatte hergestellt) zur Verwendung kommen.

Daneben gibt es aber Fälle, wo eine Dislocation nicht anders vermieden werden kann, als durch Extension. Es sind dies gewisse Schrägbrüche und ganz besonders die schweren Gelenkbrüche. Die Bedeutung der Extension für die Behandlung schwerer Gelenkbrüche erwiesen zu haben, ist Bardenheuer's dauerndes Verdienst. Durch nichts erzielt man eine so gute Coaptation der Fragmente, vermeidet Calluswucherung und Ankylose, wie durch eine geeignete Extension. Allerdings genügt die Extension in der Längsaxe nicht immer, es kann auch Extension in anderen Richtungen nöthig werden, und man darf nicht ruhen, bis man eine gute Lage der Fragmente erzielt hat. Meist bleibt die Fracturstelle selbst frei vom Verband, so dass man schon wenige Tage nach der Verletzung mit leichter Massage beginnen kann. — Mit den portativen Extensionsschienen Bardenheuer's für die obere Extremität bin ich wie manche anderen Chirurgen, nicht zu Stande gekommen. Ich habe daher Patienten mit schweren Fracturen

[1]) Nach einem am 8. September 1894 in der Section Karlsbad des Vereins deutscher Aerzte Böhmens gehaltenen Vortrag.

an der obern Extremität auf 8—14 Tage ins Bett gelegt und in horizontaler Lage extendirt. Selbst bei schweren Verletzungen am untern Ende des Humerus (Stück- Y-, T-brüchen) mit Luxation der Vorderarmknochen habe ich so Heilung mit fast normaler Beweglichkeit erzielt.

Die neueste Phase in der Fracturbehandlung, die ambulatorische Behandlung der Beinbrüche, macht zur Zeit sehr viel von sich reden. Ich habe dieselbe besonders bei Unterschenkelbrüchen geübt und habe manchen schönen Erfolg erzielt. Man ist erfreut, wenn man in dringenden Fällen Patienten mit Unterschenkelbrüchen schon am Ende der 2. Woche temporär aus dem Hospital entlassen kann und dieselben, soweit möglich, ihren Beruf wieder aufnehmen sieht. Doch muss ich gestehen, dass in 3 Fällen die Consolidation bis zur 8. Woche hat auf sich warten lassen und dass ich, trotz ambulatorischer Behandlung, recht hartnäckige Oedeme gesehen habe. — Die Patienten mit Unterschenkelbruch, die ich $2^1/_2$—3 Wochen in horizontaler Lage (mit gelegentlichem Umherhinken an Krücken) fixirte und dann energisch massirte, sind früher arbeitsfähig geworden, als die ambulatorisch behandelten. Bei den Knöchelbrüchen fällt dies besonders auf, wo meine Patienten schon mit 12—14 Tagen ohne Verband gehen, während z. B. die Knöchelbrüche nach Krause erst mit 10—12 Tagen zum Gehen im Verband gelangen.

Für manche Kranken — Potatoren, Kranke mit Bronchialkatarrhen — kann der ambulatorische Verband, besonders, wenn er früh genug, wenige Tage nach der Verletzung angelegt wird, geradezu lebensrettend sein.

Bei Brüchen des Oberschenkels habe ich bisher an der Extension in liegender Stellung festgehalten, während ich Osteotomien in Gipsverbänden schon Ende der 2. Woche habe aufstehen lassen. Bei einfachen Brüchen und Osteotomien können auch der Bruns'sche Gehverband, die Thomas'sche Schiene zur Verwendung kommen. Bei Kniescheibenbrüchen kommt man mit Massage jedenfalls rascher zum Ziel, als mit Gehverbänden.

Es ist keine Frage, dass man mit diesen Methoden die Heilung der Brüche um die Hälfte der Zeit, ja noch mehr abkürzen kann. Dieselben verlangen aber von dem Chirurgen eine wesentlich grössere Aufmerksamkeit und Sorgfalt, als bisher. Sobald man eine Dislocation vermuthet, sobald ein Verband drückt u. dgl., ist ein neuer Verband zu legen. So bequem wie früher, wo man den Verband monatelang liegen liess, ohne nachzusehen, sind die neueren Verfahren nicht. Das Resultat lohnt aber bei denselben auch die aufgewandte Mühe.

Ueber die Unschädlichkeit der Antidote.[1])

Von Prof. *Erich Harnack.*

Meine Herren! Die kurze Darlegung, für die ich mir Ihre freundliche Aufmerksamkeit erbitte, möchte ich an einen Satz anknüpfen, den unser verehrter Gast, Prof. Behring, in seinem vor 4 Wochen hier gehaltenen Vortrage ausgesprochen hat. Prof. Behring sprach von der Unschädlichkeit des neu entdeckten Diphtherie-Antitoxins und äusserte dabei, es sei eigentlich der erste Fall, dass eine heilkräftige Substanz sich als unschädlich erweise, während die bisher bekannten, wirklich brauchbaren Heilmittel allesammt in höherem oder geringerem Grade schädlich für den Organismus, mit einem Worte giftig seien. Ich vermag den Satz in dieser Allgemeinheit nicht als gerechtfertigt anzuerkennen: wenn freilich der Vortragende damit nur hat sagen wollen, dass die wenigen Mittel, die wir als Specifica zu bezeichnen gewohnt sind, nicht unschädlich genannt werden können, so liesse sich dagegen kaum etwas Ernstliches einwenden, obschon die praktische Auffassung kaum geneigt sein wird, Mitteln, wie dem Jodkalium und dem Eisen, besonders giftige Wirkungen zuzuschreiben. Principiell betrachtet können sie jedenfalls nicht als völlig unschädlich bezeichnet werden.

Indess muss meines Erachtens das Diphtherie-Antitoxin in erster Linie mit anderen Mitteln verglichen werden. Das Antitoxin ist doch ohne Frage ein Gegengift, ein Antidot, und es ziemt sich daher, es zunächst mit solchen Mitteln in Parallele zu stellen, die wir bei anderen Vergiftungen als Antidote, als Gegengifte anzuwenden pflegen. Diese Verhältnisse sind ungemein lehrreich und fördern das Verständniss auch für andere, schwerer zu beurtheilende therapeutische Vorgänge, weil wir es hier mit der Behandlung von Krankheiten zu thun haben, deren Ursachen eben ganz genau bekannt sind. Die bisher verwendeten Antidote lassen sich in zwei Hauptgruppen eintheilen: die erste Gruppe, die sogenannten chemischen Antidote, erfüllen bei der Behandlung eine Indicatio caussalis, d. h. sie suchen die Krankheitsursache, das Gift selbst, durch irgend eine chemische Umwandlung so zu verändern, dass es unschädlich, ungiftig wird. Die zweite Kategorie dagegen, welche die sogenannten physiologischen Antidote umfasst, begreift solche Gegenmittel, welche bei der Behandlung eine Indicatio morbi zu erfüllen bestimmt sind, welche durch ihre Einwirkung auf die vergifteten Organe des Körpers die gestörte Function derselben wieder repariren und womöglich zur Norm zurückführen sollen. Fast durchweg lässt sich nun constatiren, dass die Gegengifte der ersteren Art unschädlich sind, beziehungsweise sein müssen, während es in der Natur der Sache begründet liegt, dass die Antidote der zweiten Kategorie selbst zu den Giften zählen müssen.

Wenn man gebrannte Magnesia anwendet, um Schwefelsäure in das völlig unschädliche schwefelsaure Magnesium überzuführen, wenn man durch Glaubersalz ein lösliches Bleisalz in unlösliches Bleisulfat, oder den Höllenstein durch Kochsalz in das völlig unschädliche Chlorsilber verwandelt, wenn man Arsenik an suspendirtes Eisenoxydhydrat, oder eine starke Lauge an Essig bindet, wenn man gar Eiweisslösungen zur chemischen Bindung von Metallsalzen oder Stärkekleister zur Bindung von Jod anwendet, so sieht man, dass das angewendete Gegenmittel in allen Fällen als völlig unschädlich bezeichnet werden muss. Die Zahl dieser Beispiele liesse sich noch erheblich vermehren (z. B. Zuckerkalk gegen Oxalsäure und Carbolsäure u. m. a.). Ja man darf selbst sagen, dass chemische Antidote, die nicht unschädlich sind, auch nicht viel taugen (wie Chlorgas gegen Schwefelwasserstoff, Jod gegen Alkaloidsalze u. a.).

Gegen diese Darlegung könnten Sie, meine Herren, einzuwenden geneigt sein, dass in den angezogenen Beispielen die chemischen Vorgänge sich im Magen vollziehen, also gewissermaassen ausserhalb des Organismus, und dass die Bedingungen doch wesentlich andere seien, wenn wir auf das bereits in der Circulation befindliche Gift eine chemische Einwirkung auszuüben suchen. Indess müssen die im letzteren Falle angewendeten Mittel erst recht unschädlich sein, und wir kennen auch bereits derartig wirkende Antidote. Anfangs der 80er Jahre machten zwei Forscher fast gleichzeitig und unabhängig von einander auf Grund experimenteller Studien den Vorschlag, die Vergiftung mit Jodoform durch Einführung kohlensauren Alkalis in den Körper zu bekämpfen, beziehungsweise zu verhüten. Es handelt sich hier darum, die Alkalescenz der Körpersäfte zu steigern, um frei gewordenes Jod oder saure Producte (JH) zu binden und unschädlich zu machen. Der eine dieser beiden Forscher war ich selbst[2]), und der andere trägt einen heutzutage nicht unbekannten Namen, er heisst nämlich — Behring! Sie sehen also, dass Prof. Behring[3])

---

[1]) Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein zu Halle a. S.

[2]) Vgl. Harnack, Berl. klin. Wochenschrift 1882, 1883, 1885.

[3]) Vgl. Behring, Deutsche med. Wochenschrift 1882, 1884, 1887. — Da nach den Untersuchungen von Behring u. A. das Jodoform auf Bacterien selbst, mit Ausnahme der Tuberkelbacillen, nicht in bemerkenswerther Weise einwirkt, so hält Behring das Jodoform selbst für ein chemisches Antidot, welches durch seine Zersetzungsproducte die eitererzeugenden Gifte chemisch umwandelt. Indess ist dieser Schluss nicht zwingend: es findet eben die Zerlegung des Jodoforms nicht unter allen Bedingungen statt, wenn sie aber stattfindet, werden sicherlich die Mikroorganismen selbst (durch Jod oder Jodwasserstoffsäure) beeinflusst.

selbst schon auf Grund früherer Studien ein unschädliches Mittel als chemisches Antidot in Vorschlag gebracht hat.

Ich bin in Anlass späterer Untersuchungen noch weiter gegangen: ich habe mich bemüht, auch die bei Anwendung chlorhaltiger Alkylderivate (Chloroform, Chloralhydrat) eintretenden schädlichen Nachwirkungen (Stoffwechselwirkungen etc.) durch gleichzeitige Einführung kohlensauren Alkalis zu verhüten. Die in meinem Institute nach dieser Richtung hin ausgeführten experimentellen Untersuchungen haben ein positives Resultat ergeben, und ich hoffe, Ihnen darüber in Bälde Näheres berichten zu können.

Bestimmten Vergiftungen gegenüber kann es zweckmässig sein, die Alkalität der Körpersäfte zu verringern: so hat man z. B. die Vergiftung durch Pyrogallol nicht ohne Erfolg mit der internen Anwendung verdünnter Salzsäure behandelt. In anderen Fällen sucht man das Gift im Blute chemisch zu binden, um seine Ausscheidung durch die Nieren zu erleichtern; man wendet z. B. Glaubersalz bei Vergiftungen mit Phenol und Anilin an, um die Bildung der gepaarten Schwefelsäuren (Baumann) zu begünstigen.

Alle diese Fälle haben das Gemeinsame, dass sich einfache chemische Vorgänge zwischen dem Gifte und dem Antidot innerhalb der Körpersäfte vollziehen, und die dazu brauchbaren Mittel sind unschädlich, ja sie müssen unschädlich sein, weil sie sonst mehr Schaden als Nutzen stiften würden.

Ganz anders liegt die Sache da, wo das Gegengift nicht auf das Gift, sondern auf die vergifteten Organe, Gewebe, Zellen einzuwirken bestimmt ist, also bei den sogenannten physiologischen Antidoten. Was energisch functionsverändernd wirkt, muss in höheren Graden seiner Wirkung selbst zum Gifte werden.

Wenn man z. B. die tiefgreifenden Störungen, die ein Gift, wie das Strychnin in den Functionen des centralen Nervensystems hervorruft, dadurch zu beseitigen sucht, dass man durch Chloroform oder Chloralhydrat die Gehirn- und Rückenmarkszellen lähmt, wenn man die drohende Lähmung des Respirationscentrums, wie sie etwa das Morphin erzeugt, durch ein das Centrum erregendes Mittel, das Atropin, abzuwenden sucht, immer muss das Gegenmittel selbst zu den Giften gehören, das liegt in der Natur der Sache; denn um wirken zu können, muss es die Function von Körpertheilen in bestimmtem Sinne alteriren und daher stets in höheren Graden der Wirkung selbst den Organismus schädigen. Völlig unschädliche Antidote können daher nur chemische sein, physiologische Antidote sind immer zugleich selbst giftig.

Indess, meine Herren, ist hier noch ein wichtiges Moment zu beachten: ich habe ausdrücklich nur von Giften (resp. Gegengiften) gesprochen, und Gifte sind nur chemische Individuen. Ganze organisirte Wesen, Mikroorganismen, rechnet man nicht zu den Giften. Wenn ich demnach von chemischen Antidoten gesprochen habe, so meine ich nur Mittel, welche auf Gifte (chemische Individuen) einwirken, und nicht etwa solche, welche den lebenden Mikroorganismus direct beeinflussen und dadurch die Krankheitsursache beseitigen, resp. die Entstehung einer Erkrankung verhüten, deren Ursache der Mikroorganismus ist. Dahin gehören zahlreiche Mittel, welche als Antizymotica, Antiseptica mit Erfolg Verwendung finden. Derartige Mittel können nie ganz unschädlich sein; denn es ist nicht zu erwarten, dass sie auf das lebende Protoplasma einzelliger Wesen energisch einwirken und dabei das Protoplasma der Zellen, welche die Gewebe und Organe des Menschen zusammensetzen, völlig unbeeinflusst lassen. Ihre praktische Brauchbarkeit basirt immer nur darauf, dass sie in Concentrationen, welche die Körpergewebe nicht mehr wesentlich benachtheiligen, die Mikroorganismen noch anzugreifen vermögen. Bekanntlich lässt sich das durchaus nicht bei jedem Antisepticum realisiren.

Meine Schlussfolgerung ist also, was das Diphtherie-Antitoxin anlangt, die: die von Behring u. A. mit Bestimmtheit behauptete Unschädlichkeit des Antitoxins[4]) führt von unserer Betrachtung aus nothwendig zu dem Schlusse, dass dasselbe zu den chemischen Antidoten gehört, d. h. dass es durch eine wahrscheinlich in den Körpersäften sich abspielende chemische Umwandlung den Giftstoff unschädlich macht. Welcher Art dieser Vorgang ist, das ist selbstverständlich eine weitere Frage: hochcomplicirten eiweissähnlichen Giften (Toxinen) gegenüber scheint immer der Process einer fermentativen Spaltung die nächstliegende Annahme zu sein. Indess scheint davon noch nichts sicher beobachtet zu sein. Wie leicht veränderlich jene hochgiftigen Toxine sind und wie rasch ihre Giftigkeit abnimmt, davon habe ich mich selbst gegenüber dem Brieger'schen Tetanustoxin überzeugen können.

Die Eigenschaft der Unschädlichkeit unterscheidet das Diphtherie-Antitoxin vom Tuberculin und ähnlichen directen Bacillenproducten, die keineswegs unschädlich sind, sicherlich auch nicht zu den chemischen Antidoten gehören, vielmehr zweifelsohne durch eigenartige Zellwirkungen (Protoplasmawirkungen) ausgezeichnet sind.

Die aus anderweitigen Thatsachen gewonnenen Anschauungen erhalten demnach von dieser Betrachtung aus eine immerhin bemerkenswerthe Stütze. Fast scheint es, als ob der Organismus zur Bekämpfung der pathogenen Mikroorganismen über eine doppelte Waffe verfügte: während die Körperzellen den Kampf gegen die Parasiten selbst aufnehmen, entwickeln sich in den Körperflüssigkeiten Substanzen, welche die giftigen bacillären Producte unschädlich zu machen geeignet sind. Die Entwicklung dieser Substanzen scheint aber nur durch die Krankheitsursache selbst bedingt zu werden.

[4]) Es bedarf nicht erst des Hinweises darauf, dass die Unschädlichkeit des Antitoxins und die Unschädlichkeit des ganzen Mittels (Serums) zwei verschiedene Dinge sind. Ob das letztere nicht ausser dem unschädlichen Antitoxin noch andere, schädliche Bestandtheile enthalten und unter Umständen z. B. Blutzersetzung, Thrombosen etc. hervorrufen kann, das scheint eine noch nicht völlig spruchreife Frage zu sein. An Angriffen gegen das Heilserum fehlt es ja in der Tagesliteratur nicht. Ich halte mich zunächst nicht für berufen, dieser Frage näher zu treten, über welche die Entscheidung doch nur durch die praktische Erfahrung wird gefällt werden können.

Zur Aetiologie des Magengeschwürs.[1])

Von Dr. *du Mesnil de Rochemont*, Oberarzt am städtischen Krankenhause zu Altona.

Dass die normale oder gesteigerte Verdauungsfähigkeit des Magensaftes für die Entstehung des Ulcus ventriculi keine entscheidende Rolle spielt, also auch für die Diagnose des Magengeschwürs nicht in der Weise verwerthet werden kann, dass bei einem Fehlen oder bei Verminderung der HCl im Magensaft ein Ulcus ventriculi auszuschliessen ist, dafür möchte ich Ihnen eine Beobachtung mittheilen, die meiner Ansicht nach für diese Frage von nicht unwesentlicher Bedeutung ist.

Es handelt sich um eine 38jährige Frau, die am 26. September 1894 auf die medicinische Abtheilung des Altonaer Krankenhauses aufgenommen wurde. Dieselbe gab an, stets gesund gewesen zu sein, nur habe sie früher an Bleichsucht gelitten. Hereditäre Belastung für Tuberculose, Lues und Carcinom negirt. Menses traten mit 17 Jahren ein, waren früher unregelmässig, das letzte Mal vor 14 Tagen. 4 Entbindungen, 2 Kinder leben und sind gesund. Im vorigen Jahre hat Patientin eine Brustfellentzündung durchgemacht, die 3 Monate anhielt; seitdem ist sie nie recht wohl gewesen, will Schmerzen in der Magengegend gehabt haben und stark abgemagert sein. Im Januar dieses Jahres wurden die Schmerzen plötzlich stärker und im August will Patientin reichliche Mengen dicken Blutes gebrochen haben. Zur Zeit besteht Appetitlosigkeit und häufiges Erbrechen, seit 14 Tagen ist nur flüssige Nahrung genossen.

Status: Patientin von gelblich blasser Hautfarbe, gedunsenem Gesicht, schlaffer Musculatur und noch ziemlich gut entwickeltem Panniculus adiposus, hat sehr leise, jedoch reine Herztöne, Spitzenstoss kaum fühlbar in der Mammillarlinie; Grenzen normal. Puls klein, weich, 112. Lungen zeigen an beiden Spitzen leicht verschärftes Inspirium, Grenzen normal, keine abnorme Dämpfung. Leber in der Parasternallinie den Rippenbogen schneidend; in der linken Parasternallinie ca. 3fingerbreit unter dem Rippenbogen stehend, Oberfläche glatt, Consistenz hart. Milz nicht vergrössert, Abdomen aufgetrieben, weich, ca. 4fingerbreit über dem Nabel, etwas nach links eine höckerige hühnereigrosse harte Geschwulst fühlbar, die auf Druck Schmerzen

[1]) Aus einem Vortrage, gehalten im ärztlichen Vereine zu Altona am 6. November 1894.

verursacht und bei der Inspiration sich nach unten verschiebt. Eine Dilatation des Magens ist nicht zu constatiren. Urin enthält weder Eiweiss noch Zucker. Das Erbrochene sieht kaffeesatzartig aus, die Spülflüssigkeit enthält Blut und viele epitheliale Geschwulstzellen. Das nach einer Stunde ausgeheberte Ewald'sche Probefrühstück ergibt keine Reaction auf Congopapier, zeigt starke Milchsäurereaction und quantitativ nach der Braun'schen Methode bestimmt nur Spuren von HCl. Die Diagnose wird auf ein Carcinom der Magencurvatur gestellt.

Als trotz Condurangomedication und Nährklystieren in einer Woche eine Abnahme von 9 Pfund zu constatiren war und Patientin alles Genossene erbrach, wurde dieselbe behufs Vornahme einer Gastroenterostomie auf die chirurgische Abtheilung verlegt. Die Operation verlief glatt, jedoch klagte Patientin am folgenden Tage über heftige Schmerzen in der Magengegend und starb unter den Erscheinungen einer Perforationsperitonitis.

Das Obductionsprotokoll des Abdomens lautet folgendermaassen: Abdomen mässig aufgetrieben, beim Einschneiden entleert sich wenig leicht getrübte gelbliche Flüssigkeit. Links in der Nähe des Fundus ventriculi befindet sich ein eitriger Belag von geringer Ausdehnung auf Magen, Darmschlingen und dem Peritoneum parietale. Der Magen ist in der Nähe der grossen Curvatur durch Nähte und einen silbernen sogenannten Murphy'schen Knopf mit einer Jejunumschlinge vereinigt. An der kleinen Curvatur und der hinteren Wand des Magens sitzt ein etwa handflächengrosses, derbes flaches Carcinom mit wallartig aufgeworfenen Rändern, das in der Mitte ulcerirt und zerfallen ist, beim Aufgiessen von Wasser flottirende Fetzen zeigt und schmutzig schiefrige Verfärbung. Dasselbe ist nicht bis auf die Vorderwand ausgedehnt und bildet entsprechend der kleinen Curvatur eine starre Rinne, die nach hinten zu durch feste Massen mit der Unterfläche der Leber und der Wirbelsäule fest verwachsen ist. Etwa in der Mitte des Carcinoms ist eine kleine Perforationsstelle, in deren Umgebung eitrige Peritonitis, welche sich bis nach vorne zum Peritoneum der Bauchdecken erstreckt.

Etwa 2 fingerbreit vom Sphincter pylori entfernt, entsprechend der grossen Curvatur an der Vorderwand des Magens findet sich ein kreisrundes Geschwür mit scharfen, wie mit einem Locheisen ausgestossenen, nicht unterminirten Rändern, trichterförmig in die Tiefe hinabreichend von ca. 3 Markstückgrösse; dasselbe hängt weder sichtbar noch palpatorisch mit dem beschriebenen Carcinom an der Hinterwand zusammen, die Schleimhaut in seiner Umgebung hat ringsherum normales Aussehen und ist nicht ulcerirt. In der Magenschleimhaut nirgends Ulcusnarben. An der Aussenwand des Pylorus finden sich reichliche, das ganze Organ umhüllende Fettmassen, die nach dem Fundus zu bedeutend weniger reichlich sind. Im rechten Leberlappen ein gänseei- und ein taubeneigrosser Krebsknoten, der mit dem Magenkrebs zusammenhängt.

Es ist also gleichzeitig ein grosses ulcerirtes und perforirtes Carcinom und ein kleines typisches trichterförmiges Ulcus im Magen vorhanden und zwar räumlich soweit von einander getrennt, dass eine directe Berührung des einen mit dem andern auszuschliessen war. Dass es sich nicht bei dem Geschwür um eine ulcerirte Krebsmetastase handelte, sondern um ein typisches Ulcus ventriculi ohne jegliche krebsige Entartung, davon können Sie sich selbst an dem Querschnitt durch das ganze Geschwür überzeugen, der unter dem Mikroskope aufgestellt ist. Dass hinwiederum es sich bei der andern Geschwulst um ein wirkliches Carcinom (Scirrhus) handelt, zeigt Ihnen das andere Mikroskop. Es ist nun für die Frage der Entstehung des Magengeschwürs von Wichtigkeit in unserem Falle, in Erfahrung zu bringen, welches von den beiden pathologischen Producten zuerst bestanden hat, das Ulcus oder das Carcinom. Patientin gibt an, im vorigen Jahre im Anschluss an eine Brustfellentzündung, nachdem sie vorher vollkommen gesund war, zuerst Schmerzen in der Magengegend gefühlt zu haben und seitdem stetig abgemagert zu sein, sie hat jetzt nach einem Jahre ein grosses Carcinom, das erhebliche regressive Metamorphosen zeigt und in seiner Structur dem langsam wachsenden Scirrhus angehört, dabei durch continuirliche Fortwucherung noch zwei grosse Knoten in dem mit dem Magen verlötheten rechten Leberlappen gebildet hat. Der Zeitraum eines Jahres steht mit der Grösse, der Art und den Veränderungen des Carcinoms jedenfalls im Einklang, ebenso die allmähliche Entwickelung unter nur mässigen Schmerzen bei einer vorher ganz gesunden Person. Ebenso stehen aber auch die Zeit der Entstehung, die Begleitumstände und die Grösse des Ulcus mit der Annahme in gutem Verhältnisse, dass das Magengeschwür erst im Januar dieses Jahres, also zeitlich später wie das Carcinom entstanden ist; die plötzliche Verschlimmerung der Schmerzen im Januar, die massenhafte Expectoration von geronnenem Blut im August und die relative Kleinheit des Geschwürs sprechen dafür und auch der Umstand, dass gar keine Ulcusnarben vorhanden waren; ich glaube daher, es kann nicht zweifelhaft sein, dass zuerst das Carcinom bestand, und erst nach einem halben Jahre das Ulcus ventriculi entstanden ist. Dann aber können wir trotz des sicher typischen Ulcus ventriculi nicht von einem Ulcus ventriculi pepticum reden, denn die Verdauungsfähigkeit des Magensaftes war bei der Patientin nicht normal oder vermehrt, sondern sicher seit langem herabgesetzt, und daher dürfte der Satz, dass zur Entstehung des Ulcus ventriculi normaler oder übernormaler Salzsäuregehalt vorhanden sein muss, nicht zu Recht bestehen; in unserem Falle waren, trotzdem die Wand des Ulcus in einer schmalen Zone nekrobiotisch (d. h. anscheinend im Verdautwerden begriffen) war, nur Spuren von HCl vorhanden, Congopapier wurde nicht gebläut; nun vermuthen wir zwar, dass unter Umständen auch eine excessive Milchsäureanhäufung eine Verdauungsfähigkeit des Magensaftes herbeiführen kann, jedoch war das bei unserer Kranken nicht der Fall, auch die leichtesten Speisen wurden noch nach vielen Stunden unverdaut wieder erbrochen, es bleibt uns daher nichts anderes übrig, als die Superacidität und vermehrte Verdauungsfähigkeit des Magensaftes für das Zustandekommen des Ulcus ventriculi als unwesentlich anzunehmen und in unserem Falle nach einer anderen Ursache zu suchen. Diese Ursache ist eine Circulationsstörung, wie sie Virchow schon als ätiologisches Moment annahm. Sie sehen den in Organisation begriffenen Thrombus an dem Scheitel des trichterförmigen Geschwürs in einem ziemlich grossen Gefässe unter dem Mikroskop und es fällt nur auf, dass die Organisation noch nicht so weit fortgeschritten ist, dass das Ganze als ein Bindegewebsstrang sich darstellt, wahrscheinlich werden die peripheren Theile des Thrombus ebenso wie das Gewebe der nicht mehr ernährten Wand durch einfache Nekrobiose zerfallen und abgestossen sein und die Thrombose ebenso wie die Organisation derselben allmählich entsprechend dem weiteren Zerfall und der Vergrösserung des Geschwürs centralwärts fortschreiten. Ob die Thrombose in ursprünglichem Zusammenhang mit dem Wachsthum des Carcinoms steht, so dass dasselbe zu einer Thrombenbildung in einem Gefässe mit secundärer Embolie in das an der Bildung des Geschwürs betheiligte Gefäss Veranlassung gab, wage ich nicht zu entscheiden. Anhaltspunkte konnten dafür nicht gefunden werden, und es waren noch andere Quellen einer eventuellen Embolie vorhanden, ziemlich beträchtliches Atherom der Aorta und eine Herzschwäche, die durch eine fettige Degeneration des Herzmuskels bedingt war.

Ueber die klimatische Behandlung der chronischen Ohreiterung.

Von Privatdocent Dr. *Hessler* in Halle a. S.

Es ist eine alte Erfahrung, dass Witterungswechsel ebenso häufig mit einer Steigerung der Fälle von acuten Mittelohrkatarrhen und -Eiterungen zusammenfallen, wie gleichmässig warme und kalte, sowie trockene Temperaturen mit der spontanen Besserung der Schwerhörigkeit und dem Aufhören der Ohrflüsse. Es handelt sich hierbei nicht allein um Kinder, deren Schleimhäute allerdings diesem Einflusse des Klimas besonders auffällig zugängig sind, sondern auch um Patienten bis in's hohe Alter hinein. Nicht die locale Behandlung mit den verschiedenen Medicamenten, die nach einander kommen, sich verschieden lange in der Gunst der Aerzte halten und allmählich in die wohlverdiente Vergessenheit gerathen, hat die endliche Heilung der Otorrhoe oft unerwartet rasch nach längeren Mühen gebracht, sondern zum grösseren Theile dieser klimatische Factor, der leider nur selten zu verschreiben ist. Neben dem Klima ist die hygienische Beschaffenheit des Aufenthaltsortes der Patienten von wesentlichem Einflusse. Die Kinder vom Lande gelten im Allgemeinen für gesünder und frischer als ihre Altersgenossen in der Stadt. Ich habe oft anamnestisch festgestellt, dass Erstere erst mit der Uebersiedelung in eine grössere Stadt behufs Besuches des Gymnasiums die ersten

schweren Schleimhautkatarrhe bekommen haben. Die Stadtkinder, die zwar auch schon in den ersten Lebensjahren Mandelschwellungen und Rachenkatarrhe gehabt hatten, bekamen dieselben Affectionen viel stärker und häufiger wieder von dem Momente an, wo sie die Vor- und Spielschule besucht hatten, von denen die letztere doch nur zur Unterhaltung der Kinder und nicht weniger zur Erleichterung der Eltern benutzt wird. Oft genug habe ich die nicht ganz unberechtigte Aeusserung gehört, dass das Kind erst mit dem Besuche der Schule krank geworden sei. Andererseits brachten die sogenannten grossen Ferien mit der Schliessung der Schulräume und der Aenderung der klimatischen Verhältnisse oft auffällige allgemeine Kräftigung des Körpers und verschieden lange vorhaltende Immunität gegen katarrhalische Infectionen. Die totale operative Entfernung der Halsmandeln sowie der Rachenmandel, wie rhinoskopisch festgestellt wurde, brachte zwar in vielen Fällen absolute Heilung der Halskatarrhe, die früher stets auf das Ohr übergegangen waren; in einer kleinen Zahl kehrten freilich die Mandelentzündungen und der sogenannte Stockschnupfen etwas wieder, aber diese verliefen viel rascher und blieben localer. Kinder, die von mir Monate lang an die See zu Verwandten oder einfach auf's Land geschickt worden waren, waren dort während der ganzen Zeit, nicht allein im Sommer, frei von Katarrhen gewesen; nach ihrer Rückkehr in die Stadt hielten sie sich zwar einige Zeit tapfer gegen eine Infection, aber schliesslich bekamen sie ihre alten Katarrhe doch wieder, freilich nach jedem Jahre später, leichter und schneller vorübergehend.

An der Hand zweier Fälle aus einer nicht kleinen Beobachtungsreihe will ich zuerst über den Erfolg des sogenannten Luftwechsels kurz referiren, der im 1. Falle ein ganz auffälliger, im 2. ein zwar deutlicher, aber nicht so nachhaltiger gewesen ist.

I. Käthe O., 9 Jahre alt, kam am 10. XI. 90 wegen rechtsseitiger chronischer Mittelohreiterung in meine Behandlung. Im letzten December hatte sie nach Scharlach und Rachendiphtherie eine rechtsseitige profuse Otorrhoe bekommen, die niemals auch nur etwas nachgelassen hatte. Ohr links absolut normal. C. noch links gehört; rechts sprachtaub. Rechts fehlt das Trommelfell ganz, die Paukenschleimhaut ist frisch sammtartig geschwellt, wie wenn sie gleich bluten wollte, secernirt fortwährend ein dünnflüssiges eitriges Exsudat. Decke und hintere Wand des Gehörgangs frisch geschwollen. Bei Anwendung des Politzer'schen Verfahrens entsteht ein breites, tiefes, hauchendes Perforationsgeräusch. Beim Ausspülen des Ohres fliesst auch bei dem gewöhnlichen Druck mit der Pumpe das Wasser schon im Strahl aus der Nase ab, und ohne dass irgend welcher Schwindel dabei entsteht. Warzenfortsatz nicht empfindlich, ist aber im Anfang der Ohrerkrankung sehr druckempfindlich und etwas geschwollen gewesen. Hals- und Rachenmandel nicht vorhanden, Nasenschleimhaut eher atrophisch. Patientin bisher stets gesund, sehr lang und schlank, hat niemals Kopfschmerzen gehabt, mit ganz gesundem Appetit und Schlaf, ist auch mit keiner erblichen Krankheit, wie Scrophulose und Tuberculose, behaftet.

Nach der Anamnese und dem Ohrbefunde ist die rechtsseitige chronische Otorrhoe Folge einer acuten Nasen-Scharlach-Diphtheritis, die durch Tuba Eustachii und Mittelohrhöhle auf Antrum mastoid. und den Warzenfortsatz fortgegangen ist. Hierbei ist die Nekrose nicht auf den Knochen selbst übergegangen, sondern hat sich auf die gesammte Schleimhautauskleidung des genannten Tractus beschränkt. Das Wasser floss beim Ohrausspülen im Strahle aus der Nase ab, weil die Schleimhautbekleidung der Tuba fehlte und dadurch letztere erweitert war; die Promontorialwand zeigte beim Sondiren blossliegenden glatten Knochen; vom Annulus tympanicus war nur noch unten vorn ein kleiner Rest vorhanden; an der hintern und obern Wand des Gehörgangs fehlte der innerste Weichtheilabschnitt ganz, dadurch war der Zugang zum Antrum mastoideum und zum Knochen der Gehörgangsdecke deutlich verbreitert.

Die bakteriologische Untersuchung des Ohrsecrets fand weder zu Anfang noch bei den häufig wiederholten Nachprüfungen Tuberkelbacillen.

Einfache Ausspritzungen des Ohrs mit reinem abgekochtem Wasser änderten nichts an der Menge und Beschaffenheit des Ohrflusses. Die darauf folgende mehr trockene Behandlung, Einblasungen von Borsäure, Dermatol, Jodoform, Jodol u. s. w., nach Ausspritzung und gründlicher Austrocknung des Ohres blieb ebenso erfolglos. Die folgende Höllensteinbehandlung, durchschnittlich 1:30, schien eher die Secretion zu steigern und musste schliesslich ausgesetzt werden, da sich Schwindel sofort nach dem Eingiessen der Lösung einstellte. Mit dem Eintritt einer mehr gleichmässig klaren und trockenen Winterluft verminderte sich die Secretion und blieb schliesslich in der 2. Woche des März 1891 ganz fort. Mitte December 1893 recidivirte die Otorrhoe wieder, angeblich nach einer Erkältung in der Schule, aus der mehrere Mitschülerinnen wegen fieberhaften Schnupfens und Hustens in den letzten Tagen vorübergehend hatten wegbleiben müssen. Nase und Rachen zeigten keine besondere Schleimhautschwellung. Dieses Mal beschränkte ich mich darauf, das Ohr nur einfach auszuspritzen, wenn das Secret aus dem Ohre selbst herauskam. Ich verordnete kräftigste Diät, viel Bewegung im Freien, verbot jede geistige häusliche Arbeit, suchte auf alle Weise den Körper und die Schleimhäute abzuhärten und bin überzeugt, dass alle meine Verordnungen von den vernünftigen Eltern auf's Pünktlichste vorschriftsmässig ausgeführt worden sind. Auch dieses Mal derselbe Verlauf der Otorrhoe: bei trockener, sonniger Witterung, gleichgiltig ob warm oder kalt, war die Secretion auffallend geringer, und sobald Witterungswechsel eintrat und eine mehr feuchte nebelige Luft kam, wurden in gleichem Grade Schnupfen, Husten und Otorrhoe stärker, ohne dass an den Schleimhäuten wesentliche positive Veränderungen nachzuweisen gewesen wären. Anfang Juni d. Js. wurde Patientin schwerer krank: sie bekam häufiger Frieren, pyämische Temperaturschwankungen bis zu 39°, stärkeren Husten und Auswurf, bei weit ausgedehntem bronchitischem Rasseln über der Lunge, der Appetit, der bis dahin immer gut gewesen war, verlor sich, und das Aussehen wurde immer blasser und schlaffer. Auf Grund obiger Beobachtungen und der bisher negativen Resultate der Behandlung empfahl ich den Eltern, Patientin für den ganzen Sommer nach Schierke, einem klimatischen Curort des Harzes, der fast 600 Meter hoch liegt, einfach in Pension zu geben.

Sowie Patientin, die Halle mit Fieber verliess, dort angekommen war, ging die Temperatur zurück, der Husten liess gleich nach und die Otorrhoe hörte sofort auf. Das Ohr brauchte nicht ein einziges Mal ausgespritzt zu werden. Zum Erstaunen der Mutter wurde sofort die viel gefürchtete Zugluft ohne jeden Schaden vertragen, während sie früher sicher Schnupfen zur Folge hatte; Durchnässungen des Körpers, kalte Füsse blieben ohne jeden Einfluss auf die Schleimhäute, die sonst sofort Katarrh hervorgerufen hatten. Der Appetit steigerte sich rasch und in 2 Wochen schon hatte Patientin 2 Pfund zugenommen. Sie sprach es von selbst aus, wie wohl sie sich in den Bergen fühlte. Am Ende des Vierteljahres hatte sie 16 Pfund zugenommen, sah gesund und rund aus. Das Ohr ist absolut trocken, die Knochenoberfläche spiegelglatt und glänzend.

II. Der jetzt 5jährige Paul G. hatte im 2. Jahre nach Scharlach doppelseitige Mittelohreiterung mit secundärer Warzenfortsatzschwellung überstanden, die mit Jodtincturanstrich und Eisbeutel behandelt worden war. Beiderseits persistente Trommelfellperforationen mit dünnen Rändern. Links ist er wohl ganz taub, rechts hört er noch Umgangssprache bis 1/2 Fuss. Wegen häufig recidivirender, fast continuirlicher Otorrhoe, die stets eine wesentliche Verschlechterung des Gehörs mitbrachte, musste ich April 1893 den rechten Warzenfortsatz aufmeisseln; der Zugang zum Mittelohr bog scharf ab von der Knochenfistel, aber schon bei einfachem Abspülen lief das Wasser breit aus Ohr und Nase ab. Eine intercurrente folliculäre Mandelentzündung erhöhte die Eitersecretion ganz auffallend und verzögerte die Heilung, die erst 7 Wochen nach der Operation eintrat. Entfernung der Hals- und Rachenmandel. Während seines Aufenthaltes in Schierke bekam er bald rechts, bald links doppelseitig Ohrlaufen, aber dasselbe hörte nach 8 Tagen wieder auf, ohne dass das Ohr gespritzt werden musste. Trotz Regen und nasser Füsse keinen Katarrh. Auch der Mutter, die wegen ihrer häufigen Bronchialkatarrhe verdächtig auf Tuberculose ist, obwohl bisher keine Bacillen gefunden worden sind, war der Aufenthalt sehr gut bekommen. Beide waren nach der Rückkehr objectiv und subjectiv sehr gekräftigt.

Im October 1893 bekam er einen sehr starken Schnupfen, der sofort auf Mittelohr und Warzenfortsatz überging und schon am 4. Tage zur Anschwellung der Narbe am Warzenfortsatz führte, so dass ich die Aufmeisselung wiederholen musste. Der Knochenfistelgang war ganz frei. Durch Abmeisseln der hintern und obern Gehörgangswand von innen wurde der Zugang zum Mittelohr weit gemacht. Nach 2 Monaten war das Ohr trocken, die Operationswunde vernarbt, die Trommelfellöffnung unverändert offen geblieben. Das Gehör hatte sich nicht verschlechtert. Patient bekam Unterricht im Lesen und Schreiben und im Ablesen vom Munde und machte besonders rasche Fortschritte im Sprechen. Die Hauptgefahr, dass der Knabe einmal bei einem späteren Rückfall der Otorrhoe den Rest seines Gehörs verlieren und dadurch der Taubstummheit verfallen könne, war vorschriftsmässig vorgebeugt. Den letzten ganzen Sommer war er wieder mit seiner Mutter in Schierke. Die dort herrschenden raschen Temperaturwechsel, die unvermeidbaren Durchnässungen des Körpers, die wiederholt zugezogen wurden, die nassen Füsse, deren Bekleidungen erst nach Stunden hatten gewechselt werden können, waren auch diesmal ohne weitere Folgen. Ohrlaufen war diesmal überhaupt nicht beobachtet worden. Mutter und Kind kehrten recht gekräftigt zurück, der Knabe hatte 4 Pfund zugenommen. 8 Tage nach der Rückkehr bekam er seinen alten Schnupfen wieder und darauf einen Ohrfluss links, der rasch wieder nachliess, so dass das Ohr nur einmal ausgespritzt zu werden brauchte. Das Gehör rechts hatte sich eher gebessert. Das rechte Ohr war absolut trocken.

Aus diesen Thatsachen und Krankengeschichten entnehmen wir für die Praxis die 3 Folgerungen: eine chronische Otorrhoe wird nur dauernd geheilt: 1) durch eine rationelle, locale Be-

handlung des Ohrs, der Nase und des Rachens, 2) durch Sorge für reine Luft mitten in der grossen Stadt und 3) durch Schützen unserer kleinen Patienten gegen jede neue Infection der Nase und des Rachens und secundär des Ohrs.

1) Die allgemeinen Grundsätze der localen Behandlung der chronischen Mittelohreiterung sind gegenwärtig allseitig anerkannt: Die Einen behandeln mehr trocken, die Andern spülen das Ohr mehr aus, die Einen ziehen eine mehr operative, die Andern eine mehr conservative Behandlung vor, und Alle sind mit ihren Resultaten zufrieden. Derjenige, der zur rechten Zeit die Nutzlosigkeit der conservativen Behandlung einsieht und nunmehr operirt, verliert keine Zeit und wird keine Recidive haben. Aber wir wissen, dass eine dauernde Heilung des Ohrflusses nur dann zu erreichen ist, wenn die Behandlung der Nasenrachenaffectionen, welche die Recidive der Ohrkatarrhe begünstigen und einleiten, rechtzeitig und gründlich stattgefunden hat. Die Hals- und Rachenmandeln müssen gründlichst abgetragen, nicht bloss etwas oberflächlich abgekürzt werden, die Nasen- und Rachenpolypen müssen vollständig entfernt, die Hypertrophie der Nasenmuschelschleimhaut operativ oder galvanokaustisch beseitigt und die einfachen chronischen Katarrhe der Nase und des Rachens behandelt werden. Eine unheilbare chronische Otorrhoe gibt es ebenso wenig wie eine Contraindication, einen Ohrfluss zu heilen.

2) Unterstützt wird dieser therapeutische Erfolg durch Sorge für reine Luft. Wer hat nicht Gelegenheit gehabt sich von der heilenden Wirkung des Klimas an der Riviera zu überzeugen. Ich möchte hier nur kurz 2 Fälle anziehen: in dem einen handelte es sich um eine tuberculöse Coxitis mit doppelseitiger Caries im Ohr; in dem andern um tuberculöse Wirbelcaries mit späterer Eröffnung eines Senkungsabscesses in der Leistenbeuge. Beide Patienten waren nicht zu einem operativen Eingriff am Ohre zu bewegen, weilten wiederholt mehrere Monate an der Riviera, und die Caries im Mittelohr war ohne jede locale Behandlung fast ausgeheilt und die Secretion nur vorübergehend eine ganz minimale. Freilich ist der Segen des italienischen Klimas nur für die oberen Zehntausend der menschlichen Gesellschaft zu ermöglichen, für die Andern bleibt er nur ein frommer Wunsch. Aber es lässt sich auch für diese mehr thun, als es scheinen möchte. Wer es pecuniär ermöglichen kann, mag auf's Land, in Wald und Berge oder an die See gehen. Die Seeluft allein kräftigt den Organismus ebenso rasch und sicher vor neuem Schnupfen, wie erfahrungsgemäss die Seebäder bei chronischem sklerosirenden Mittelohrkatarrh schaden und z. B. das Sausen vermehren. Ich lasse alle meine Patienten baden, verbiete ihnen nur das Untertauchen in das Wasser, dass nicht Infectionskeime hierbei in Nase und Rachen kommen und Ohrentzündungen veranlassen. Der Wald mit seinem hohen Ozongehalt, seine Reinheit der Luft und die grosse Ruhe bringen Grossen und Kleinen die langentbehrte, im Getriebe der Stadt nicht zu ermöglichende Ruhe und bewirken durch Kräftigung des Allgemeinzustandes Heilung im eiternden Ohre. Im Allgemeinen scheinen die Berge mit ihrer dünnen Luft die Schleimhautkatarrhe nicht so sicher zu coupiren, als die Seeluft mit ihrem Salzgehalte. Bei der Auswahl des Curortes sprechen oft viel persönliche Einflüsse mit.

Im Allgemeinen kommt es auch weniger auf den Curort als vielmehr auf folgende 2 Momente an. Der Grösse und Frequenz eines Curortes entsprechen die grossen Etablissements, Curhäuser, Badehäuser u. s. w., in denen sich dann das Leben fast ohne Unterbrechung abspielt. Aber gerade das Zusammengedrängtsein der Patienten und der directe Verkehr mit einander involviren die Gefahr der Infection. Dass das nicht so selten passirt, hört man oft genug. Hier haben sich ältere Personen den Keuchhusten mit nach Hause gebracht, dort haben die Kinder Masern, Scharlach, Lungenentzündung überstanden. Die Kinder hatten ja nur die Eltern, die zur Erholung in ein Bad gegangen waren, begleitet und Allen dort die Erholung durch ihre Erkrankung verdorben. Die Cur- und Fremdenhôtels sind wie die Schulen die Brutstätten der Infectionskeime, so wenig beide sich auch innerlich und äusserlich gleichen mögen. Es ist in dieser Richtung in den letzten Jahren Vieles anders geworden; doch muss immer wieder hierauf hingewiesen werden, so lange noch Fälle vorkommen, dass gesund in den Curort gekommene Gäste schon dort oder erst später von einer dort geholten Krankheit ergriffen worden sind.

Andererseits ist es eine alte Thatsache, dass sich Kinder dort am wohlsten gefühlt und am meisten erholt haben, wo noch kühler Wald und freie Luft ihnen den Aufenthalt im Freien den ganzen Tag gestattete, freilich ohne viel Spielgefährten, und wo die niedrigen und primitiv eingerichteten Dorfhäuser ein Leben mehr in der Familie verlangt hatten. Die Curhôtels mögen darnach für Gesunde gut sein, die sich in der Sommerfrische amüsiren wollen, die kleinen Curorte mit ihren primitiven Einrichtungen, aber mit reiner Luft und frei von Infectionskeimen sind wirklich Erholungsbedürftigen zu empfehlen.

Zunächst muss die Ferienzeit der Eltern und Kinder genügen zur Cur. Dass das vielfach nicht ausreicht, ist allgemeine Klage, und derjenige Arzt, der schon öfters durchgesetzt hat, dass die Erholungsbedürftigen Monate lang in den Bergen, oder im Wald, oder an der See weggeblieben sind, kennt die Erfolge solcher Luftcur und kann stolz darauf sein.

Es sind aber nicht alle Eltern in der glücklichen Lage, ihren erholungsbedürftigen Kindern eine Sommerfrische zu gewähren. Es wäre schlimm, wenn für die Armen diese erste hygienische Forderung: keimfreie Luft nicht auch in der Grossstadt zu beschaffen wäre, ohne Trennung vom Hause. Die Resultate der sogenannten Feriencolonien sprechen deutlich genug für ihre Nothwendigkeit und ihren Nutzen. Aber diese Einrichtung birgt manche sociale Gefahr in sich, die sich umgehen lässt, ohne den Nutzen derselben zu opfern, Unzufriedenheit bei Eltern und Kindern, wenn sie nicht mitausgewählt worden sind, Neid gegen die Anderen, die fortgeschickt sind, obwohl sie scheinbar der Erholung weniger bedürftig sind, u. s. w. Für diese Fälle bleibt es nur übrig, die Kleinen möglichst den ganzen Tag in's Freie zu bringen. In jeder grösseren Stadt sind Spielplätze genug, an denen die Kleinen unter Aufsicht von Grösseren, Geschwistern u. s. w. halbe Tage lang bleiben können. Aber es fehlt oft nur an dem guten Willen der Eltern und an der Strenge des Arztes. Aber der Erfolg lohnt die Unbequemlichkeiten. Ich habe Kinder in einer ganzen Anzahl den ganzen Tag über in's Freie bringen lassen, so dass sie auch zu Mittag im Freien assen, ungeachtet auch eines Regens, und erst des Abends zum Essen und Schlafen in die Wohnung zurückkehren lassen, und habe bald eine sichtbare Kräftigung des Körpers und eine Abnahme resp. Heilung der chronischen Otorrhoe erreicht. Besonders auffallend war dieser Erfolg bei einem Kinde, bei dem ich 1892, als es erst $^5/_4$ Jahr alt war, wegen doppelseitiger subacuter Mittelohreiterung 2 mal doppelseitig die Paracentese gemacht hatte. Nach profuser Schleimsecretion schlossen sich die Trommelfelle erst April 1893. December desselben Jahres Recidiv beiderseits, links mit starker Entzündung im Warzenfortsatz. Die Otorrhoe blieb continuirlich, wenn auch an Menge wechselnd, bei täglicher Behandlung bis Anfang Juli, wo die Schulferien begannen, die Pensionäre der Eltern nach Hause abgereist waren und auch der Vater, der Lehrer ist, nicht mehr die Schulräume wieder betrat — und wo der Knabe durch den Vater oder ein Kindermädchen den ganzen Tag in die frische Luft gebracht worden war.

Wie nun 1 Kind, so könnten ganze Schulclassen der Kleinen nicht 1 mal im Monat, sondern 1 bis 2 mal die Woche mehrere Stunden ins Freie geführt, und durch gymnastische Uebungen u. s. w. mehr für ihre Kräftigung gethan werden, als es bis jetzt geschieht.

Ich komme zum 3. Punkte. Um Kinder, die von Ohrkatarrhen geheilt sind, auch ferner gesund zu erhalten, dass sie keine Recidive wieder bekommen, ist es nothwendig, sie vor erneuter Infection zu schützen. Bei Epidemien von Infectionskrankheiten schliesst der Staat die Schulen, ein Beweis, dass er die Gelegenheit zu Krankheitsübertragungen im directen Verkehr der Kinder in der Schule selbst annimmt. Es ist demnach nothwendig: 1) für die gründliche Desinfection aller Schulräume zu sorgen, und 2) dafür, dass nur gesunde Kinder

die Schule besuchen. Zwar existiren Vorschriften über die Desinfection der Schulräume, aber die Controle derselben muss denjenigen Staatsbeamten anvertraut werden, die nach Ablegung eines Examens in der Hygiene sich als rechte Hüter derselben auch für die Schule ausgewiesen haben. Es genügt nicht, die Schulräume 1 oder 2 mal die Woche zu lüften und zu reinigen, sondern sie müssen wirklich desinficirt werden. Wie weit die Erneuerung der Luft hinter den Anforderungen der Hygiene zurückbleibt, darüber klärt uns eine kurze Thätigkeit der feinfühligen Nase oft mehr auf als uns lieb ist; quantitative Kohlensäurebestimmungen erschienen ganz überflüssige Forderungen. Wie wenig wird in den kalten Wintertagen gelüftet, nur, um für die ersten Unterrichtsstunden des andern Tags die vorgeschriebene Wärme zu erreichen.

Zweitens dürften nur gesunde Kinder die Schule besuchen. Die kranken bleiben allerdings aus der Schule fort, aber ihre Geschwister kommen unbehindert weiter, bis auch sie nach Ablauf der Incubationsdauer der Infectionskrankheit an derselben gleichfalls erkranken. Gerade solche Schulkinder müssen täglich vor Beginn der Schule ärztlich untersucht, durch ein Bad in der Schule desinficirt werden und hätten die Kleidung zu wechseln. Zur Rückkehr in die Schule würden ärztliche Atteste über vollständige Heilung und vorausgegangene gründliche Desinfection beizubringen sein. Ich bin überzeugt, dass durch solche Maassnahmen Krankheitsepidemien ganz unterdrückt werden könnten. Es liesse sich schon einrichten, dass die wissenschaftliche Erziehung und Ausbildung durch diese Eingriffe nicht zu kurz wegkämen.

Wir müssen also im Interesse der Gesundheit der kleinen Staatsbürger die Anstellung von eigenen Schulärzten verlangen. Ein grosses Arbeitsfeld liegt hier vor, das noch wenig bebaut ist und bestimmt gute Früchte verspricht. Hygieniker, Augenärzte, Orthopädiker u. A. sind schon lange einig in dieser Forderung an den Staat. Die Behring'sche Blutserumtherapie, zur rechten Zeit angewendet, coupirt die reine Diphtheritis und macht immun gegen eine diphtheritische Infection. Es ist zu erwarten, dass diese so gefährliche und ansteckende Kinderkrankheit, die jetzt wieder in der Umgebung von uns so heftig herrscht und mit häufigem Ausgang in den Tod endet, bald verschwinden wird. Die Aufgabe der Zukunft ist es, auch gegen die übrigen sogenannten Infectionskrankheiten die gleichwerthe coupirende und immunisirende Therapie zu ergründen. Die jetzt so hohe Sterblichkeit im Kindesalter würde wesentlich vermindert werden.

Meine Absicht war, für gewisse Fälle von chronischen Mittelohreiterungen den günstigen Einfluss des Klimas an der Hand von Fällen zu beweisen und auf diesen wichtigen Heilfactor die Aufmerksamkeit der Collegen wieder mehr zu lenken. Die guten Resultate der localen, chirurgischen Behandlung werden durch die rechte Allgemeinbehandlung gesichert, und ein nicht zu unterschätzender Theil derselben ist die klimatische Behandlung der Kranken. Wenn wir Aerzte nur selbst die freien Heilkräfte der Natur, das Wasser, die Luft rationell ausnützen, so helfen wir unsern Patienten auch am Wohnorte mehr, als Manchem möglich erscheinen möchte, und wir unterbinden den sogenannten Wasserdoctoren und Naturheilkünstlern den Lebensfaden schneller als durch Aufzählen ihrer Nichterfolge und Fehler.

Ein neuer Nadelhalter, zugleich Universalgriff für die Verbandtasche.

Mitgetheilt von Dr. *Joseph Schütz* in Frankfurt a. M.

Vorbenanntes Instrument (Fig. I) habe ich mir im Jahre 1891 construirt und durch die Firma Hermann Härtel in Breslau machen lassen. Nach mehrjähriger Benutzung glaube ich recht zu thun, den Halter weiteren Kreisen zugänglich zu machen.

Seine Entstehung verdankt das Instrument dem mir fühlbar gewordenen Bedürfniss, einen recht einfachen, compendiösen, leichten, aber doch kräftigen Nadelhalter für die Verbandtasche zu besitzen, welcher den heutigen Anforderungen der Asepsis und Bequemlichkeit entspräche, welche ich bei keinem mir bekannten Modelle antraf.

Vor allen Dingen kam es mir darauf an, dass der Nadelhalter leicht zerlegbar sei, sich überall leicht reinigen und trocknen lasse, sodann, dass er sich mit einer Hand schliessen und öffnen lasse, und endlich, dass er geschlossen die Nadel selbständig festhalte.

Diese Forderungen habe ich ohne Benützung von complicirten Verschlussbebeln und besonderen Sperrfedern unter Verwendung des Härtel'schen Lappenschlosses dadurch erfüllt, dass ich den Nadelhalter aus zwei Theilen zusammensetzte, welche bei Schliessung des Instrumentes in sich selbst einen federnden Druck erzeugten (Fig. I).

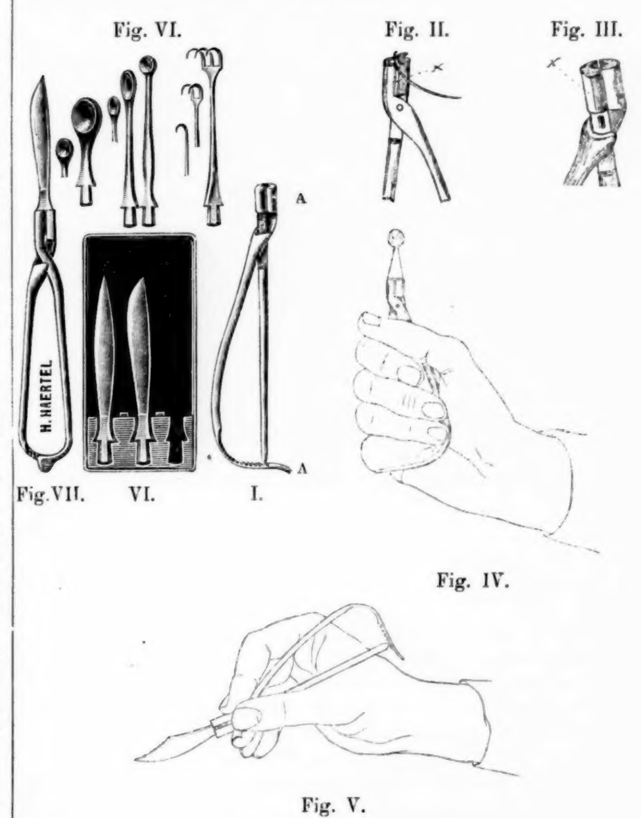


Fig. V.

Die weibliche Branche A ist zu diesem Zweck an ihrem unteren Ende schweifförmig gebogen und mit einer Cremaillere versehen, so dass die grade männliche Branche mit ihrem schraubenzieherförmigen Ende beim Schliessen den Bogen spannend einklinkt, beim Oeffnen durch Abwärtsdrücken des Bogens mit dem kleinen Finger selbstthätig die Nadel fallen lässt.

Das Lappenschloss ist so eingerichtet, dass der halb und mehr geöffnete Nadelhalter beim Weglegen, Hinwerfen nicht in seine zwei Theile auseinanderfällt, sondern sich wie ein Halter fester Fassung verhält.

Die Nadel wird gehalten dadurch, dass sie an zwei Stellen wider das Klemmfutter K der geraden Branche angedrückt wird (Fig. II), wodurch ein sehr festes Fassen gesichert ist, ohne dass die Nadeln leicht brechen, wie es beim Einklemmen zwischen zwei graden parallelen Ebenen oft vorkommt.

Dreht man die grade Branche um 90° um ihre Längsaxe und fügt sie in dieser Stellung in den Halter ein, so entsteht ein Griff mit rautenförmigem Einlass für Messer, Löffel u. s. w. (Fig. III).

Derselbe liegt sowohl bei der Führung mit voller Faust (Fig. IV) wie auch bei Schreibfederhaltung (Fig. V) angenehm sicher in der Hand.

Der Universalgriff schafft Instrumente von einer Grösse und Handlichkeit, wie sie bisher der Verbandtasche fehlten. Andererseits sind die Theile zum Einstecken, also Klingen, Löffel, Haken etc. (Fig. VI) von solcher Kleinheit, Glattheit,

Einfachheit, dass sie in Transport, Reinigung, Desinficirung wesentliche Vortheile gegenüber den bisher üblichen Formen gewähren und auch an Billigkeit bei Anschaffung und Reparatur diese übertreffen.

Ich selbst stelle längst eine vollkommene Asepsis durch Einlegen der gereinigten Instrumente in absoluten Alkohol her, was bei unserem zerlegbaren Instrumentarium gar nicht theuer kommt.

Die Verwendung von Instrumenten, welche alle in einen oder zwei Griffe passen, hat sodann den Vortheil, dass das Reinigen nach einer kleinen Operation nicht so unverhältnissmässig viel Zeit wegnimmt. Je weniger Theile man braucht, um so rascher kann man mit der Säuberung fertig sein.

Härtel hat dem Halter noch eine Form mit seitlicher Cremailliere und symmetrischen Branchen gegeben, so dass ein solcher lediglich als Griff (Fig. VII) benutzt wird.

Mit diesen beiden Instrumenten (Fig. I u. VII), in welche alle Theile passen, kann man sich sehr vollkommen und compendiös einrichten und manches ständig mit sich führen, worauf man unter anderen Umständen verzichten müsste.

Der Universalhalter aus Nikelin wiegt circa 35 g und übertrifft wohl auch an Leichtigkeit gleichgrosse Nadelhalter bisheriger Construction.

Ich habe die Ueberzeugung, dass der neue Halter die Bürde des Praktikers wesentlich zu erleichtern im Stande ist, dem Specialisten aber durch die vielseitige Verwendbarkeit willkommen sein wird.

Aus der Universitätspoliklinik zu Tübingen.

Zur Diagnose der Meningitis tuberculosa.

Von Dr. *Adolf Dennig,* Privatdocenten und I. Assistenzarzt der Poliklinik.

(Schluss.)

Dieser Fall bot diagnostische Schwierigkeiten. Ein Kind, das bisher immer gesund war, die Masern vor 5/4 Jahren ziemlich leicht überstanden hatte, das von gesunden Eltern stammte und gesunde Geschwister hatte, erkrankt nach Angabe der Mutter ziemlich plötzlich mit Appetitlosigkeit, Halsschmerzen, etwas Husten und Fieber. Bei der Aufnahme findet man eine Angina, leichten Katarrh der Bronchien; Erscheinungen, welche die erhöhte Körpertemperatur wohl erklären. Nach einigen Tagen geht die Rachenaffection zurück, nicht aber das Fieber, ausserdem steigt die Respirationsfrequenz und es tritt ein Missverhältniss zwischen dieser und der Pulsfrequenz zu Tage: 30. IX. 42 Rp., 166 Pulse, 1. X. 44 Rp., 160 Pulse, 2. X. 46 Rp., 158 Pulse u. s. w. Das Gesicht des Patienten wird cyanotisch. Am 1. X. lässt sich eine Dämpfung im rechten Mittellappen nachweisen, welche in den folgenden Tagen sich nach hinten hin ausbreitet und den ganzen Unterlappen einnimmt. Die Dämpfung war keine feste, aber immerhin eine deutliche. Auch durch die Auscultation wurde die Verdichtung der Lunge nachweisbar, dem Anfangs unbestimmten Athmungsgeräusch über der gedämpften Partie folgte bronchiales mit klingendem Rasseln.

Die Diagnose wurde auf croupöse Pneumonie im rechten Unter- und Mittellappen gestellt. Da traten am 4., deutlicher am 5. October Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystems auf: Kopfschmerzen, die gleich ziemlich heftig sind, Nackenstarre; diesen folgen schon am nächsten Tage Convulsionen tonischer und klonischer Natur. Patient ist später sehr unruhig, hält nicht still; die Anfälle mehren sich, werden heftiger, haben längere Dauer, es kommt zu Hyperästhesien der Haut, die namentlich die unteren Extremitäten betreffen. Zuletzt leichte Conjunctivitis, Trousseau'sche Flecke, Cheyne-Stokes'sches Phänomen; während eines Krampfanfalles geht der Patient zu Grunde. Der Puls schwankte während der ganzen Beobachtungszeit zwischen 120 (am 1. Tage) und 180. Die Zahlen an den Einzeltagen sind: 120. 162. 158. 164. 166. 160. 158. 172. 174. 172. 160. 168. 180. 172. 120—136. 142—160. 132—160. Erbrechen war nie vorhanden.

Da eine vermeintliche croupöse Pneumonie bestand, wurde die Wahrscheinlichkeit einer durch Pneumococcen hervorgerufenen Meningitis hervorgehoben, und die Symptome sprachen dafür. Immerhin wurde auch an eine tuberculöse Affection gedacht, zumal die Angaben der Mutter bei nochmaligem strengeren Verhör sich nicht mehr mit den früheren deckten und die Möglichkeit einer schon länger dauernden, wenn auch leichteren Erkrankung eingeräumt wurde. Eine Besichtigung des Augenhintergrundes unterblieb bei dem sehr ungebärdigen Kinde, das nur ungern gröbere Untersuchungen zuliess und kaum einen Augenblick still hielt.

Da kam mir die Arbeit von Freyhan zu Gesicht, die Untersuchung der durch die Lumbalpunction entleerten spinalen Flüssigkeit sollte Klarheit schaffen. Leider war dies intra vitam nicht mehr möglich. Um aber zu sehen, ob dieser Art von Untersuchung ein diagnostischer Werth beizumessen sei, wurde an der Leiche die Punction gemacht und, da wir am Nachweis in den Deckglaspräparaten zweifelten, sofort einem Meerschweinchen circa $1/2$ Pravaz'sche Spritze voll in die Bauchhöhle injicirt. Allein die Deckglaspräparate ergaben schon das überraschende Resultat einer grossen Menge von Tuberkelbacillen, obwohl makroskopisch eine Erkrankung der Rückenmarkshäute fehlte.

Die Section ergab ferner eine Miliartuberculose in den meisten Organen des Körpers. Es bestand eine solche des Gehirns, der Lungen, des Peritoneum, der Milz, Nieren, Leber, der Chorioideae, beginnende Tuberculose des Darms. Im Herzfleisch sowohl rechts wie links je ein Tuberkelknötchen. In den Lungen war die Miliartuberculose beiderseits ziemlich gleichmässig vertheilt, sie waren beide luftarm; allein linkerseits hatte sich um die Einzelherde vicariirendes Emphysem gebildet, während dieses rechterseits fehlte oder nur in sehr geringem Grade vorhanden war. Hieraus erklären sich die physikalischen Abweichungen ungezwungen.

Der Ausfall der basalen Symptome — namentlich das Fehlen des zum Typus erhobenen Vaguspulses — kann auf die nur geringe Affection der Gehirnbasis zurückgeführt werden; die Erkrankung betraf in unserem Falle vorzüglich die Convexität, in ihr waren Eiteransammlungen, so dass man bei dem ersten Anblick an Meningitis simplex dachte.

Hauptzweck dieser Zeilen ist, bei Fällen von Meningitis, in welchen bei Würdigung aller vorhandenen Symptome die Diagnose auf Zweifel stösst, anzuempfehlen, die von Quincke[7]) angegebene Lumbalpunction und die bakteriologische Untersuchung der entleerten Flüssigkeit vorzunehmen. Wenn es sich bewahrheiten sollte, dass bei der tuberculösen Meningitis die specifischen Krankheitserreger immer in der spinalen Flüssigkeit enthalten sind — (vielleicht bei anderen Formen der Gehirnhautentzündung andere Mikroben) — so hätten wir in der Lumbalpunction ein vorzügliches diagnostisches Hilfsmittel. Die Entnahme von Flüssigkeit aus dem Wirbelcanal bietet keine Schwierigkeiten, sie schadet nichts, eher schafft sie, wenn auch nur vorübergehende Erleichterung. Besonders ist die Diagnose wichtig in Fällen von Heilung, resp. Stillstand des Processes und dieses nicht nur im Interesse der Wissenschaft, sondern auch in dem des Patienten. Wir werden bei Heilungen tuberculöser Meningitis stets vorsichtig mit der Vorhersage für das weitere Leben der Kranken sein müssen, denn Recidive sind das Gewöhnliche; bei der Meningitis cerebrospinalis simplex sind dauernde Heilungen häufiger.

Feuilleton.

Katholische Kirche und medicinische Wissenschaft.

Ueber die Indicationen der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft besteht heutzutage kein Zweifel; dieselben können als vollkommen feststehende betrachtet werden und man sollte glauben, dass ein Arzt, der in richtiger Ausübung der auf der Universität ihm hierüber vorgetragenen Grundsätze zu diesem wichtigen Eingriffe sich entschliesst, vor jeder Anzweiflung seiner gesetzlichen

[7]) Quincke, H., Ueber Hydrocephalus. Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. X, 1891.

und moralischen Berechtigung zu demselben gesichert sei. Dass dem nicht so ist, dass es noch heute vorkommen kann, dass der künstliche Abortus selbst von einer höheren geistlichen Instanz als „unerlaubt und sündhaft“ bezeichnet und dadurch einem pflichttreuen Arzte schwerer materieller und moralischer Schaden zugefügt wird, beweist der nachstehende Fall, der uns so viel principielle Wichtigkeit zu besitzen scheint, dass seine eingehendere Besprechung gerechtfertigt sein dürfte.

Der praktische Arzt Dr. H. in D. behandelte im April d. J. die im 3. Monat schwangere Frau K. wegen unstillbaren Erbrechens. Dieselbe hatte in den letzten Jahren wiederholt an Hyperemesis gravidarum gelitten, welcher Zustand jedesmal durch spontan eingetretenen Abortus beseitigt wurde. In der Erwartung, dass auch diesmal spontaner Abgang der Frucht eintreten werde, verschob Dr. H. einen Eingriff so lange, bis nach vergeblicher Anwendung aller übrigen Mittel die unmittelbare Lebensgefahr durch extremste Inanition und Erschöpfung zu einem solchen zwang. Jetzt erst entschloss sich Dr. H., um das bedrohte Leben der Frau dem Gatten und 6 Kindern, von denen das älteste noch die Schule besucht, zu erhalten, zur Einleitung des künstlichen Aborts. Mit Einwilligung der Eheleute wurde diese am 22. April durch Einlegung einer Sonde bewerkstelligt. Als Tags darauf Dr. H. die Kranke Abends besuchte, um sich nach dem Erfolge seines Verfahrens zu erkundigen, traf er die Frau in grosser Bestürzung und Aufregung, weinend und jammernd, weil ihr am Nachmittag desselben Tages der Pfarrer R. so lange mit seinen Vorstellungen von der Verwerflichkeit ihres Vorhabens zugesetzt habe, bis sie in ihrer Erregung und Gewissensqual die von dem Arzte eingelegte Sonde eigenmächtig entfernte, um so das angeblich strafbare Verfahren nach dem Willen des Pfarrers wieder rückgängig zu machen. „Es handle sich“, so hatte der Priester der bedrängten Frau gesagt, „um ein Leben und Niemand dürfe ein Leben nehmen. Wenn sie es zulasse, so schliesse sie sich aus der Kirche aus und er könne sie nicht mehr absolviren; wenn sie stürbe, käme sie dann in die Hölle, wenn sie es aber nicht zulasse, in den Himmel; es sei ihre Pflicht, es nicht zuzulassen, auch wenn sie dann sterben müsse, denn sie müsse ihr Leben für das Kind lassen.“ Dem Ehemann gegenüber äusserte er (was er später allerdings in Abrede stellte), „er könne den Doctor wegen Kindsabtreibung ins Zuchthaus bringen.“ Es ist begreiflich, dass die ohnehin äusserst schwache und heruntergekommene Frau durch dieses Vorgehen des Pfarrers in hohem Grade psychisch alterirt wurde; sie hätte aber auch an ihrer körperlichen Gesundheit durch die unbefugte Unterbrechung des eingeleiteten Verfahrens (die allerdings einflusslos blieb, denn die Ausstossung einer macerirten Frucht aus dem 3. Monat trat am 25. April ein), leicht Schaden nehmen können. Trotzdem würde der Fall lediglich als Act eines seine Competenzen überschreitenden, dem Arzte übel wollenden Priesters keine weitere Beachtung verdienen, wenn dem schwer geschädigten Arzte die von ihm bei der Aufsichtsbehörde des Pfarrers, dem bischöflichen Ordinariate Augsburg nachgesuchte Genugthuung zu Theil geworden wäre. Erst durch den bemerkenswerthen Bescheid, den der College von dieser Stelle erhielt, bekommt der Fall ein höheres Interesse.

Dieser Bescheid hat folgenden Wortlaut:

Num. 3868. Augsburg, den 13. Juli 1894.

Bischöfliches Ordinariat Augsburg.

Betreff: Beschwerde des prakt. Arztes, Herrn Dr. H. in D., gegen Herrn Pfarrer R. dortselbst.

Dem prakt. Arzte Herrn Dr. H. zu D. wird auf seine Beschwerdeschrift vom 1. Mai d. J. hiemit erwidert, dass auf die am Schlusse derselben gestellte Doppelbitte nicht eingegangen werden kann und zwar aus nachstehenden Gründen:

1) Herr Pfarrer R. hat, wie aus seiner Rechtfertigungsschrift vom 28. Mai d. J. hervorgeht, der Ehefrau K. in seiner Eigenschaft als Seelsorger einen Krankenbesuch abgestattet, und ihr bei diesem Anlasse, — auf deren Verlangen — über die künstliche Beseitigung der Leibesfrucht vom moraltheologischen Standpunkte aus Belehrungen ertheilt.

Indem er dieses that, hat Herr Pfarrer nur seine Pflicht erfüllt und ein seelsorgliches Recht ausgeübt. Einen unberechtigten Eingriff in ärztliche Befugnisse vermögen wir hierin nicht zu erkennen.

2) Wenn Herr Pfarrer ein derartiges ärztliches Vorgehen als unerlaubt und sündhaft bezeichnete, so befand er sich nur in Uebereinstimmung mit der Lehre der katholischen Kirche und den Anschauungen hervorragender Moralisten und Aerzte. Wir verweisen in dieser Beziehung auf einen Ausspruch des heil. Alphons Liguori (Theol. moral. lib. 4. tract 4, nr. 394 qu. 2), welcher die Anwendung eines Mittels, das die Rettung der Mutter zum Zwecke hat, allein mit directer Tödtung des Foetus verbunden ist, als unerlaubt bezeichnet, dann auf Pruner („Lehrb. der kath. Moraltheol. p. 396“), welcher sich also äussert: „Ohne schwere Sünde kann niemals direct der Foetus durch Abortus oder in anderer Weise getödtet werden, nicht einmal, wenn dieses als einziges Mittel zur Lebensrettung der Mutter erscheinen würde.“

Dr. Alfers (Pastoralmedicin, 2. Aufl., pag. 19) bespricht die Fälle, in denen der Gesundheitszustand die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft dringend wünschenswerth macht, insbesondere das für das Leben der Mutter so gefährliche Erbrechen, und fügt bei: „In allen diesen Fällen mag eine grosse Gefahr durch den Abortus beseitigt werden, es ist dieses aber nicht der einzige Ausweg, deshalb wird die Einleitung des Abortus in solchen Fällen entschieden zu verbieten sein.“

Ebenso rückhaltslos spricht sich Dr. Kapellmann aus.

Endlich glauben wir auf eine Entscheidung der S. Congregatio Inquisitionis Romanae vom 19. August 1888 aufmerksam machen zu sollen, in welcher gesagt ist: In scholis catholicis tuto doceri non posse licitam esse quamcunque operationem chirurgicam directe occisivam foetus vel matris gestantis.“

3) Was die dem Herrn Pfarrer zur Last gelegte Aeusserung betrifft, er „könne Herrn Doctor wegen procuratio abortus ins Zuchthaus bringen“, so stellt Herr Pfarrer in seiner Verantwortung vom 5. d. M. dieselbe ausdrücklich und entschieden in Abrede und erklärt, er habe weder in D., noch anderswo, weder vor einer, noch vor mehreren Personen eine derartige Aeusserung sich erlaubt, er habe ferner derlei Aeusserungen, wenn sie von andern gemacht wurden, nicht veranlasst, auch nie in Erfahrung gebracht, dass solche gefallen seien.

Die Wahrheit dieser so bestimmten Aussage des Herrn Pfarrers in Zweifel zu ziehen, haben wir keine Veranlassung.

Der Generalvikar beurl.
Soratroy, Dompr.

In dieser Entschliessung einer hohen kirchlichen Stelle wird es also als eine Lehre der katholischen Kirche hingestellt, dass die Anwendung eines Mittels, das die Rettung der Mutter zum Zwecke hat, allein mit directer Tödtung des Foetus verbunden ist, unerlaubt und sündhaft ist. Nach den Lehren der medicinischen Wissenschaft dagegen würde ein Arzt, der es unterlassen würde nach Erfüllung aller Indicationen die Perforation des lebenden Kindes oder die Einleitung des Abortus vorzunehmen, eines Kunstfehlers sich schuldig machen. Hier besteht ein unüberbrückbares Dilemma, über das zwar sehr viele Aerzte sich leicht hinwegsetzen werden, indem sie ihre Berufspflicht und das Wohl der ihnen anvertrauten Patienten höher achten werden als mittelalterliche moraltheologische Auffassungen, das aber gerade wirklich religiös gesinnten Aerzten — und dies traf in dem hier vorliegenden Fall zu — schwere Stunden zu bereiten vermag. Dazu kommt unter allen Umständen die Schädigung des Ansehens, die aus solcher Auffassung Aerzten, die in einer weniger aufgeklärten Gegend prakticiren, bei ihrer Clientel erwachsen kann.

Wir möchten darum hoffen, dass der hier erörterte Fall seine endgültige Erledigung noch nicht gefunden habe. Wir glauben, dass eine Correctur des Spruches des bischöflichen Ordinariates Augsburg, der sich auf Quellen stützt, die heutzutage doch unmöglich mehr als maassgebend anerkannt werden können, auch im Interesse der Kirche gelegen wäre; denn in einer Zeit, wo der „Kampf für die Religion“ Losungswort geworden ist, sollten die berufenen Hüter der Religion doch Bedenken tragen, dem gesunden Menschenverstand vor den Kopf zu stossen.

Referate und Bücheranzeigen.

Die Fortschritte unserer Kenntnisse über Ursache, Wesen und Bekämpfung der Diphtherie im letzten Decennium (1884—1894).

Von Docent Dr. C. Seitz.

Wohl auf wenigen Gebieten haben sich die Anschauungen so rasch und wesentlich geklärt wie gerade hier; anlässlich der Einführung der zweifellos einen bedeutsamen Markstein in der Geschichte der Diphtherie und der ganzen Medicin bildenden Behring'schen Behandlungsweise ist es nicht undankbar, einen Rückblick zu werfen auf die Entwicklung der Diphtheriefrage seit Löffler's Mittheilungen zur Aetiologie im Jahre 1884. Dieselben kamen als eine erlösende That in einer Zeit, da die enge Anlehnung der klinischen Medicin an die pathologische Anatomie eine grosse Verwirrung in Betreff des Begriffes Diphtherie herbeigeführt hatte, wozu auch der Polymorphismus des Krankheitsbildes viel beigetragen haben mag. Zu jener Zeit stellte kein Geringerer als Rauchfuss, ganz ähnlich Lennander — 5 klinisch bestimmbare Kategorien von Croup mit Stenose auf, denen 5 ebensolche Kategorien von Croup ohne Stenose gegenüber stehen sollten — beide mit wichtigen Unterabtheilungen und Nebenkategorien, wobei freilich zugegeben werden musste, dass „jede dieser Kategorien vom causalen Standpunkt aus diphtherischer Natur sein kann.“ In den besten Lehrbüchern der speciellen Pathologie und Therapie des Jahres 1885 lesen wir von benignen croupösen Anginen ev. mit Lähmungen im Gefolge etc. Altmeister Henoch kämpfte 1885 energisch

für die Emancipation des Begriffes Diphtherie von anatomischen Definitionen und betonte die Wichtigkeit des causalen bezw. infectiösen Momentes, worin er auch bei den meisten Pädiatern vollkommene Zustimmung fand: so ist (1885 Strassburg) Unruh mit Ranke überzeugt, dass fast jeder Croup durch Diphtherie bedingt werde; Wärn (1885): „die Möglichkeit eines idiopathischen, rein entzündlichen Croup zugegeben — ist es vom praktischen Standpunkt von der grössten Wichtigkeit, dass er eine sehr seltene Krankheit ist, die klinisch nicht von der Diphtherie getrennt werden kann — die meisten als Croup bezeichneten Fälle sind diphtherischer Natur.“ Sörensen (1887) hält „Croup und Diphtherie für zusammengehörig“; nach Johannessen sind „Fälle von Croup auf anderen Ursachen als diphtherischer Infection beruhend jedenfalls selten und desshalb von geringer Bedeutung.“ Nach Bokai entwickelt sich der Croup zumeist auf diphtherischer Basis. So sehen wir die von Henoch urgirte Bedeutung des aetiologischen Momentes von vielen berufenen Seiten gebilligt — der Erreger der Diphtherie dagegen fand in Deutschland zunächst keine Anerkennung, nachdem sein Entdecker selbst nur mit grosser Reserve mit ihm an die Oeffentlichkeit getreten war.

Doch wurden bakteriologische Untersuchungen in grösserem Maassstabe im Ausland, später in Deutschland vorgenommen (von Babes, Sörensen, Roux und Yersin, D'Espine und Marignac, Paltauf und Kolisko, Zarniko, Ortmann, Spronk, Escherich und wiederholt von Löffler, dann Abbott, Welch, Lefebre), so dass bereits 1890 von 527 speciell ausgewählten Fällen 504 mit positivem Befund an Löfflerbacillen bekannt waren. Die seitdem in viel grösserer Zahl (von Baginsky allein 500) gemachten Untersuchungen ergaben zusammen nur ca. 70 Proc. von Fällen mit Diphtheriebacillen, ein Umstand, der wohl mit Recht von Escherich dahin gedeutet wird, dass bei der ersten Serie mehr von pathologischen Anatomen und von Bakteriologen eigens ausgewählte Fälle registrirt sind, während sich seit 1890 auch vielfach die Kliniker an der Untersuchung der charakteristischen Krankheitsproducte (der Membranen) am Lebenden bedient haben. Es können nur solche Resultate verwerthet werden, die durch Culturversuche ev. auch Thierexperimente gewonnen wurden. Die Untersuchungen von durch den Localbefund suspecten Fällen ergaben alsbald die Thatsache, dass viele derselben mit Diphtherie nichts zu thun haben: man fand in vielen Fällen mit ausgedehnten Belägen auf den Mandeln nur Streptococcen oder Staphylococcen — andererseits wieder in Fällen mit scheinbar nur lacunärer Angina ächte Diphtheriebacillen; solche Fälle waren ev. auch von diphtherischer Larynxaffection oder Lähmungen gefolgt. Die Untersuchung zahlreicher Fälle von sogen. primärem sowie secundärem Croup ergab auch dort das Vorhandensein der Diphtheriebacillen und zwar im Rachenschleim sowohl als auch in den charakteristischen Pseudomembranen. Dass die Löffler'schen Bacillen aetiologische Bedeutung besitzen, erhellt nicht nur aus der Thatsache des constanten Vorkommens bei allen Fällen von Diphtherie, sondern auch aus dem Umstande, dass sie isolirt, gezüchtet und im Thierversuch mit Erfolg verimpft werden können. Dabei ergab sich häufig eine solche Giftigkeit, dass die subcutan inficirten Versuchsthiere in kürzester Frist erlagen — man findet local ev. kleinen grauweissen Belag mit sulzigem Oedem der Umgebung, durchsetzt mit zahlreichen Hämorrhagien. (Aehnlich ist der Befund bei diphtherisch inficirten Tracheotomiewunden.) Gehen die geimpften Thiere erst nach mehreren Tagen ein, so bieten sie intra vitam neben allgemeinen Krankheitserscheinungen Schwellungen der Lymphdrüsen in der Nachbarschaft der Impfstelle, ev. Nekrotisirung, Lähmungserscheinungen, ja auch Albuminurie, dann post mortem charakteristische Nierenveränderungen, an der Infectionsstelle hämorrhagische Schwarten, lamellöse Fibrinmassen etc. Die injicirten Bacillen findet man jedoch nicht im Körper, nur an der Injectionsstelle — bei zahlreichen darauf gerichteten Untersuchungen am Menschen hat man Diphtheriebacillen auch nicht weiter im Körper verbreitet gefunden (nur Frosch fand allenthalben in den Organen einiger Diphtherieleichen spärliche Exemplare durch Cultur). Die Thatsache, dass man die Infectionserreger hauptsächlich nur an den primär afficirten Stellen (Rachen, Nase, Larynx und Trachea) findet im Zusammenhalt mit den erheblichen Läsionen der meisten inneren Organe, befestigte die Ansicht von der Einwirkung eines von den an genannten Stellen wuchernden Bacillen gebildeten Giftes, das von dort aus in den Körper resorbirt wird. Der Beweis für diese von vielen Autoren schon länger gehegte Annahme wurde durch Roux und Yersin erbracht; welche durch Filtration von Bouillonculturen den in der Flüssigkeit enthaltenen Giftstoff von den Bacillen trennten. Bei Verimpfung solcher bacterienfreier Bouillon erhielten sie an Thieren analoge Allgemeinerscheinungen bezw. auch Organbefunde wie bei Verwendung des bacillenhaltigen Materials, insbesondere traten auch, soferne die Thiere nicht in kurzer Frist erlagen, die charakteristischen Lähmungserscheinungen auf. Die genannten Autoren zeigten auch, dass das Gift deutliche Abschwächung erleide durch Erhitzung des erwähnten Filtrates (auf 100°), ferner beim Durchgang durch den Thierkörper, ebenso durch Einwirkung von Licht und freien Luftzutritt, endlich auch in saurer Lösung. Isolation der wirksamen Substanz gelang nicht. Die Toxinproduction der Bacillen geht parallel der Virulenz derselben. Brieger und Fränkel, Kolisko und Paltauf, Wassermann und Proskauer bestätigten und erweiterten die Kenntnisse vom Diphtherietoxin, das seiner Natur nach als den Eiweisskörpern zugehörig bezeichnet wurde; es braucht aber nicht aus den Eiweissstoffen des Nährsubstrates gebildet zu werden, wie Guinochet zeigte, der vollvirulente Bacillen und Filtrate durch Cultur in normalem alkalisch gemachtem Harn erhielt. Die von Einigen (Fränkel u. A.) supponirte Existenz von specifisch immunisirenden Stoffen in den Diphtheriebacterien bezw. Culturen (analog dem Tuberculinum Koch's) wird von Vaughan, Behring u. A. bekämpft. Die Diphtheriebacillen enthalten neben dem specifisch wirkenden Toxin weitere Proteïnstoffe von toxischer Wirkung; dieselben sind nach Untersuchungen Schweighofer's vielleicht an den allgemeinen pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Diphtherie betheiligt.

Von den biologischen Eigenschaften der Diphtheriebacillen wurde besonders eine erhebliche Resistenz gegen Austrocknung allgemein constatirt; ferner fiel den meisten Untersuchern neben rein morphologischen Eigenthümlichkeiten alsbald die beim Thierexperiment resultirende wechselnde Virulenz der Bacillen auf. Dieselbe nahm besonders in älteren Culturen ab, ebenso bei höheren Temperaturen unter Luftzutritt und unter verschiedenen künstlichen Bedingungen; Steigerung der Virulenz liess sich durch Symbiose mit Streptococcen erreichen. Die Ergebnisse der klinischen Untersuchung zeigten im Allgemeinen unverkennbaren Parallelismus zwischen Schwere der Erkrankung und Virulenz der Bacillen; doch können auch vollvirulente Bacillen bei leichten Fällen vorkommen. Der Verlauf der Fälle ist ja nicht nur durch die Virulenz der Bacillen, sondern auch durch die Reaction bezw. Disposition des Organismus bedingt, diese letztere kann auch in jeder Richtung die Virulenz beeinflussen.

Gleich hier sei eines Umstandes gedacht, der durch Hofmann zuerst erkannt die Lehre von der ätiologischen Bedeutung des Diphtheriebacillus zu erschüttern geeignet schien, nämlich der Auffindung eines morphologisch und biologisch sich nahezu völlig mit dem Löffler'schen deckenden Bacillus in der Mundhöhle gesunder sowie kranker, speciell auch einiger diphtherischer Individuen — dieser sogenannte Pseudodiphtheriebacillus erwies sich stets absolut avirulent im Thierexperiment, zeigt übrigens auf Agar viel rascheres Wachsthum und wächst auch in saurer Lösung, so dass er also immerhin genügend differenzirbar von Löffler, Escherich u. A. als selbstständige Art bezeichnet wird, während andere in demselben nur abgeschwächte Diphtheriebacillen sehen. Wichtiger noch erschien das wiederholt constatirte Vorkommen echter virulenter Diphtheriebacillen im Munde anscheinend Gesunder. Diese Erscheinung wird nun dahin erklärt, dass es sich hier um immune Individuen handelt — eine Thatsache, die durch Wassermann's Befunde vom Vorkommen des

Schutzkörpers im Blutserum verschiedener darauf untersuchter Individuen wohl verständlich ist. Auch bei Diphtherie-reconvalescenten findet man nach Tobiesen eventuell längere Zeit, 1—4 Wochen — nachdem Fieber und Membranen verschwunden sind noch virulente Diphtheriebacillen im Rachen — eine Thatsache, die einerseits Recidive zu erklären geeignet ist — mit Hilfe einer allerdings nur kurz zu bemessenden Immunisirung durch die überstandene Infection — die anderseits mit Rücksicht auf die Prophylaxe der Diphtherie bezw. Zulassung von davon erkrankt gewesenen Kindern zur Schule von allgemeiner Bedeutung erscheint.

Ist nun durch eine überaus grosse Zahl von Einzelbeobachtungen an den verschiedensten Orten durch exacte bakteriologische Untersuchung die ätiologische Bedeutung des Löffler'schen Diphtheriebacillus festgestellt, so sind bei dieser Gelegenheit weitere Fragen aufgetaucht, die noch endgültiger Lösung harren — so die Rolle, welche die häufig gleichzeitig mit Löfflerbacillen — oder allein gefundenen Strepto- und Staphylococcen spielen, ob sie in letzterem Falle in causalem Verhältniss zu den diphtherie-ähnlichen bezw. lacunären Anginen stehen, bei welchen sie gefunden werden? Manche begnügen sich mit der Annahme, dass der Polymorphismus des diphtherischen Krankheitsbildes bezw. des Verlaufes von der Bacterienassociation abhängig sei, insbesondere hat man das Zusammenvorkommen von Diphtheriebacillen mit Streptococcen, die sogenannte Mischinfection, als charakteristischen bakteriologischen Befund für septische Diphtherie angesehen — eine Annahme, welcher die an 25 Diphtherieleichen gewonnenen Untersuchungsergebnisse von Genersich zu widersprechen scheinen, welcher in klinisch schweren septischen Diphtherien einerseits wiederholt Streptococcen vermisste, anderseits in solchen Fällen Staphylococcen fand, Mikroorganismen — die andere Autoren als die relativ unschädlichsten betrachten. — Zweifellos ist jedoch der mehrfach laut gewordenen Annahme, dass die Diphtherie stets eine Mischinfection sei, zu widersprechen, — viele Fälle ergeben (auch bei wiederholter Untersuchung der Membranen) Reincultur von Diphtheriebacillen (Referent) — eventuell später andere Mikroorganismen. Festzustehen scheint ferner, dass zwischen Löfflerbacillen und Streptococcen Wechselbeziehungen bestehen, insoferne als sie sich gegenseitig günstigen Boden bereiten und in der Virulenz steigern. — Streptococceninvasion des Körpers wird durch Diphtheriegift, ebenso auch durch Scharlachvirus begünstigt. Die sogenannte Scharlachdiphtherie hat mit echter Diphtherie nichts zu thun — solche kann zuweilen späterhin complicatorisch auftreten — die initiale eventuell pseudo-membranöse Angina (A. diphtheroides Baginsky's) ist von klinischer Seite (Heubner, Sörensen u. A.) schon länger geschieden worden von der echten Diphtherie; speciell betont Jessner, dass dem wohl ähnlichen localen Bilde das Fehlen von Larynxbetheiligung und nachfolgenden Lähmungserscheinungen gegenüber stehe. Durch die bahnbrechenden Untersuchungen Löffler's, dann Crooke, Park, Lenhartz, Kolisko und Paltauf wurde festgestellt, dass es sich hier um eine Mischinfection des Scharlachgiftes mit einem Streptococcus handle, wobei der Diphtheriebacillus gar nicht betheiligt ist (zuweilen später hinzutritt).

Gehen wir von den Resultaten der ätiologischen bezw. bakteriologischen Forschung über zu den pathologisch-anatomischen Ergebnissen, so liegen grössere umfassende Arbeiten (abgesehen von den mehr histologischen) nicht vor. An dieser Stelle seien zunächst, wenn auch nicht streng hiehergehörig, Heubner's eingehende Untersuchungen über die Pathogenese der diphtherischen Membran erwähnt, die fortlaufend an vom Lebenden entnommenen Partikeln vorgenommen wurden. Es zeigten sich am 1. Tag halb schleimige dann coagulirende entzündliche Ausschwitzungen ins Epithel hinein, exsudatives Schleimhautexanthem (ähnliche Befunde geben auch Lacunaranginen und diphtheroide Mandelentzündungen). Die intensiv weisse oder gelbe Farbe ist bei sehr dicken Exsudatmassen zu constatiren, durch Blutungen ins Exsudat können röthliche Farbentöne beigemengt erscheinen; wo solche Membranen oberflächlich faulen, entstehen graugrüne missfarbene Nuancen. Am 2. Tag sieht man mikroskopisch netzförmige Gerinnungen; erst vom 5. Tage an ist die ganze Epithelschicht vom immer mehr nachrückenden Exsudat abgehoben bezw. in demselben eingeschlossen — die Exsudation aus den erkrankten Schleimhautgefässen kann jedoch jederzeit aufhören, so dass nach kurzem Bestande der nur dünne Belag abgestossen wird, während er in anderen Fällen täglich dicker wird; auf die Dicke desselben ist mehr Gewicht zu legen als auf Gestalt und Farbe der Auflagerungen. Schliesslich schiebt das nachwachsende Epithel die Membranreste ab, wobei Elasticitätsverhältnisse etc. der Pseudomembranen mitzuwirken scheinen. Während H. in den initialen Membranschichten wohl intensive Coccenentwicklung sah, fanden sich Diphtheriebacillen erst am 2. Tag auf der Oberfläche der nun derberen Pseudomembran. Oertel's Untersuchungsresultate stimmen theilweise mit den Angaben Heubner's überein, zeigen ferner wesentlich detaillirt die degenerativen Vorgänge in den Zellen (Nekrobiose, hyaline Degeneration etc.) der Organe von Diphtherieleichen, Befunde, die von Welch und Abott theilweise bestätigt werden. Die meisten pathologisch-anatomischen Untersuchungen erstrecken sich jeweils meist nur auf das eine oder andere bei Diphtherie häufig speciell afficirte Organ (Herz, Nieren, nervöse Apparate u. s. f.).

Schrakamp, der Eingangs seiner Arbeit über die Organveränderungen bei Diphtherie betont, dass man den von Virchow statuirten Unterschied zwischen Croup und Diphtherie nicht aufrecht erhalten könne, indem anatomisch wohl ein gradueller, doch kein genereller Unterschied zu constatiren ist, leugnet die Berechtigung von einer specifischen Bronchopneumonie bei Diphtherie zu reden, wie es von Manchen geschah.

Speciell über die Nierenveränderungen gibt S. an, dass er diese Organe stets nicht unerheblich vergrössert fand — mit subcapsulären Ekchymosen, in frischeren Fällen Rinde und Mark oft schwer zu trennen, mikroskopisch die Glomeruli am meisten betheiligt, die Epithelien wenig verändert, partielle interstitielle Zellinfiltration — in vorgeschritteneren Fällen fand sich Verbreiterung der Rinde, trübe Schwellung und körniger Zerfall der Epithelien. Eine gute namentliche Bezeichnung der pathologischen Processe der Niere bei Diphtherie sei schwierig. Felsenthal und Bernhard, die Nieren von 24 bakteriologisch constatirten Diphtheriefällen untersuchten, schlagen die Bezeichnung „acute toxische Nephritis" vor; sie fanden makroskopische Verbreiterung der Rinde, mikroskopisch degenerative Veränderungen der Epithelien (trübe Schwellung, vacuoläre Degeneration, Nekrose, Zerfall, Verfettung). Baginsky fand klinisch die Betheiligung der Nieren bei leichten Diphtheriefällen gekennzeichnet durch Auftreten morphotischer Bestandtheile (Cylindroide, Nierenepithelien, Leukocyten, die Zellen grobkörnig undurchsichtig, stark lichtbrechend) vor Einsetzen der Albuminurie, ohne Alteration des specifischen Gewichtes und der Menge des Harns. Die Affection geht meist rasch vorüber. In schwereren Fällen tritt plötzlich grosser Eiweissgehalt auf (unter Verminderung der Harnmenge) mit zerfallenen Nierenepithelien, Leukocyten, hyalinen und grobkörnigen Cylindern, höchst spärlichen rothen Blutzellen. Endlich kommt auch subacut verlaufende Affection der Nieren vor — mit hartnäckigen intermittirenden Eiweissausscheidungen — zerfallenen und verfetteten Epithelien, hyalinen und Fettkörnchencylindern im Sediment. — Urämie ist äusserst selten, ebenso (nach Leyden) der Uebergang in chronische Nephritis; Hydrops fehlt zumeist, nur bestehen eventuell geringe Lidödeme. Nach Erörterung dieser neueren klinischen und anatomischen Beobachtungen dürften Angaben über die Häufigkeit der Nierenaffection bei Diphtherie nicht uninteressant sein — auch mit Rücksicht auf die Angriffe Hansemann's gegen Behring. Die schon 1857 von Ward beobachtete diphtherische Albuminurie ist eine so anerkannte Thatsache, dass ihr Vorhandensein (nach Henoch u. A.) als ein die Diagnose im Zweifelsfalle erhärtendes Moment gilt, dessen Fehlen freilich Diphtherie nicht ausschliessen lasse.

Diese diphtherische Albuminurie ist eine auch im einzelnen

Falle tageweise sehr schwankende, von sehr verschiedener Intensität, so dass sie nicht als eine febrile Albuminurie angesprochen werden kann, die nach Ekkert in geradem Verhältniss zu Höhe und Dauer des Fiebers steht; diphtherische Albuminurie findet sich ja auch in fieberlosen Fällen. Die Genese ist wohl auf die circulirenden Toxine der Diphtheriebacillen (bezw. bei Blutinfection mit Streptococcen auch auf diese) zu beziehen. Die Angaben über Albuminurie bei Diphtherie zeigen nicht unerheblich differirende Ziffern: so fand Thomsen solche in 21 Proc., Baginsky, ebenso Jansen (beide an bakteriologisch sicher gestellten Fällen) in 46 Proc. G. Hoppe-Seyler in 61 Proc., Cadet de Gassicourt in 75 Proc., Ranke in 86 Proc., Unruh in 100 Proc. aller Fälle. Während Kohts fast in allen Fällen (am Lebenden) Nephritis nachweisen konnte, geben aus dem Sectionsmaterial Hagenbach 34,6 Proc. Nephritis, Schrakamp 40 Proc. und Cnopf 46,2 Proc. Nierenerkrankung an. Die eminente Häufigkeit einer „toxischen" entzündlichen Affection der Nieren bei Diphtherie dürfte hiemit als zweifellose Thatsache feststehen.

(Schluss folgt.)

Heinrich Herkner, ord. Professor der Volkswirthschaftslehre an der technischen Hochschule in Karlsruhe: **Die Arbeiterfrage.** Eine Einführung. Berlin 1894, J. Gutentag. 298 S. M. 4.

Während die „Gewerbehygiene" ihre Hauptaufgabe zunächst in Erkenntniss und Verhütung der speciellen Schädigungen des „gewerblichen Lebens, ausserdem im Schutz vor Ueberarbeitung fand, so bringt die Noth der heutigen Zustände eine Erweiterung der Aufgaben gebieterisch mit sich. Hier kann aber keine Frage mit jener der Arbeiterwohnungszustände sich an vordringlicher Bedeutung messen. Das hygienische Interesse, das dabei vorliegt — ganz abgesehen vom socialen — bedarf durchaus keines besonderen Nachweises. Indess, obgleich wir über wenig sociale Missstände so genau, wie über die Wohnungsnoth unterrichtet sind, und obwohl über die Dringlichkeit ernster Reformen nirgends ein Zweifel besteht, sind doch die Fortschritte, die durch die Thätigkeit der Arbeitgeber, der Genossenschaften, der gemeinnützigen und anderen Baugesellschaften bisher erzielt wurden, im Ganzen nur sehr bescheidene gewesen. Noch jetzt bestehen in Berlin 44 Proc. der Wohnungen aus einem heizbaren Zimmer (mit oder ohne Zubehör), leben daselbst 76,8 pro mille der Bewohner in Kellerwohnungen.

Man bezeichnet ferner als „übervölkerte Wohnungen" solche, die entweder gar kein heizbares Zimmer, ein heizbares Zimmer ohne Zubehör oder ein heizbares Zimmer mit Zubehör enthalten, aber von 6 und mehr Bewohnern bewohnt werden; sodann Wohnungen mit 2 heizbaren Zimmern und 11 und mehr Insassen. Derartige Wohnungen zählte man nun 1890 in Hamburg 1382, in Alt- und Neu-Leipzig 5838, in München 3452, in Breslau 7692. In Berlin entfielen 1880 auf die übervölkerten Wohnungen 159639 Bewohner. Und dabei noch, obgleich die Massen der Bevölkerung demnach zum Theil in überaus ungünstigen Wohnungsverhältnissen leben, liegt der statistische Nachweis vor, dass der Bruchtheil des Einkommens, den bei ihnen die Wohnung verschlingt, ein verhältnissmässig sehr hoher ist, sowie dass der Kubikmeter Wohnraum in der Wohnung des unbemittelten Arbeiters sich wesentlich theurer stellt, als in der geräumigen Wohnung des Wohlhabenden.

Nach unserer Ueberzeugung darf der Arzt und Hygieniker, vom rein sanitären Standpunkt aus, diesen schreienden Uebelständen gegenüber sich nicht fernerhin passiv verhalten, sondern muss, soweit es an ihm ist, energisch auf Abhilfe dringen. Die Frage bleibt nur, wie und durch wen geholfen werden soll. Dass es auf privatem Wege nicht geht, scheint durch die Erfahrung bewiesen; und auch der Staat wird sich an ein so colossales Unternehmen nicht heranwagen wollen und können. In dieser Beziehung macht nun Verfasser, der als Socialstatistiker einen vortrefflichen Namen besitzt, höchst beachtenswerthe Vorschläge.

„Für die Wohnungsreform", sagt Verfasser, „werden in Deutschland erst dann bessere politische Voraussetzungen vorliegen, wenn entweder in den Gemeindeverwaltungen durch Aenderung des Wahlrechts den minder bemittelten Classen ein höherer Einfluss eingeräumt wird, oder wenn es der Staat übernimmt, durch ein Wohnungsgesetz die Grundlagen zu schaffen, von denen aus die Gemeinden zu einer Reform gezwungen werden könnten. Im Hinblick auf deutsche Verhältnisse dürfte der letztere Weg immer noch als der aussichtsreichere erscheinen. Wir fassen ein Wohnungsgesetz im Wesentlichen auf als eine Handhabe für den Staat, um die Gemeinden zur Vermehrung des Wohnungsangebotes zu zwingen. Die logische Fortsetzung der ganzen Maassnahme kann nur darin bestehen, dass dort, wo den Anforderungen des Gesetzes wegen Mangels an Wohnungen nicht genügt werden kann, die Gemeinden selbst die Erbauung und Vermiethung von Wohnungen übernehmen müssen. Ohne diese Consequenz bleibt ein Wohnungsgesetz nothwendig eine Lex imperfecta. Ein gegen die Gemeinde geübter Zwang setzt aber wieder voraus, dass sie die Befugniss erhält, sich Boden unter annehmbaren Bedingungen zu verschaffen, dass sie nicht genöthigt wird, Bodenspeculanten aus den Taschen der Steuerzahler ungeheure Preise für das erforderliche Areal zu bewilligen. Die Wohnungsgesetzgebung drängt somit dazu, den Gemeinden günstigere Expropriationsbefugnisse zu ertheilen, und ihnen schliesslich auch die Capitalsbeschaffung, etwa durch Zinsgarantien zu erleichtern." Verfasser bemerkt hiezu, dass die Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten wohl in der Lage sein würden, den Gemeinden für diese Zwecke Capitalien zu leihen.

Nach Ansicht von Verfasser würde diese Wohnungsreform voraussichtlich ihre Kosten selbst decken. Aus den in ziemlicher Zahl entworfenen Plänen gehe übereinstimmend hervor, dass selbst dann, wenn die Qualität der Wohnungen ganz erheblich verbessert und der Miethspreis um 30 bis 40 Procent niedriger gestellt wird, eine Verzinsung von ungefähr 4—5 Procent des angelegten Capitales zu erwarten ist. Ausserdem komme finanziell in Betracht, dass die Gemeinde als Eigenthümerin von städtischen Grundstücken an der im Laufe der Zeit eintretenden Werthsteigerung derselben gewinnt.

Wir gestehen unumwunden, dass uns diese Idee, die Gemeinden als Vermittler der in Angriff zu nehmenden Reform aufzustellen, durchaus natürlich und innerlich berechtigt erscheint. Die Gemeinden, wenigstens die grösseren unter ihnen, erfüllen ja schon gegenwärtig eine ganze Reihe wichtiger sanitärer Aufgaben zu Gunsten ihrer Bürger; sie versorgen dieselben mit Trinkwasser, mit Gebrauchswasser für häusliche Zwecke, insbesondere auch für Reinigung und Spülung, sie treffen Einrichtungen für eine geordnete Abfuhr, sie üben Marktcontrole, sorgen für hygienische Beschaffenheit der Schulen u. s. w. Allmählich treten andere Leistungen hinzu, z. B. in München Lieferung von möglichst billigem Heiz- und Leuchtstoff[1]), mit der Zeit kommt das interne Verkehrswesen in die Hand der Gemeinde u. s. w. Wir würden es für durchaus angezeigt halten, namentlich vom hygienischen Standpunkt aus, wenn die Gemeinden allmählich die Lieferung sämmtlicher zum Leben unentbehrlichen Dinge, namentlich zunächst der nöthigsten Nahrungsmittel, in ihre eigene Obhut nähmen. Solchen Uebelständen, wie sie beispielsweise gegenwärtig in Wien durch die enorme Fleischtheuerung zu Tage treten, deren sanitäre Schädlichkeit unverkennbar ist, könnte ausschliesslich auf diesem Wege gründlich abgeholfen werden. So allein könnte auch dort die übertriebene Preissteigerung, von der erwiesenermaassen mindestens ein Drittel lediglich dem Zwischenhandel zu Gute kommt, dauernd verhindert werden.

Herkner's vortreffliches Buch beschränkt sich aber keineswegs auf die Aufstellung und Begründung der bezeichneten Vorschläge. Diese sind vielmehr nur das logische Endergebniss, zu dem Verfasser auf Grund einer ebenso übersichtlich als geistreich geschriebenen geschichtlichen Darstellung der

[1]) In Karlsruhe befindet sich die Stadtgemeinde bekanntlich seit mehreren Jahren im Besitz der Gaswerke.

socialen Frage in Frankreich, England und Deutschland und einer kritischen Behandlung der socialen Theorien gelangt. Im dritten Theil: „Sociale Reform“ sind alle bisherigen Versuche und Möglichkeiten zur Lösung der grossen Aufgaben eingehend gewürdigt, zuletzt auch die Arbeiterschutz- und Arbeiterversicherungsgesetzgebung und die bisherigen Versuche zu deren Erweiterung. Da das Buch ausserdem mit reichlichsten Literaturnachweisen und einem Inhaltsverzeichniss versehen ist, kann es als eine heutzutage wirklich dringend nothwendige „Einführung“, wie Verfasser dasselbe bescheiden bezeichnet, in der That auf's allerbeste empfohlen werden. „Der Abgrund,“ sagt Verfasser am Schluss seiner Darlegung der gegenwärtigen Verhältnisse, „welcher Arbeiterclasse und Bürgerthum trennt, wird anscheinend immer tiefer und breiter. Und doch hängt unsere Zukunft davon ab, dass in den bürgerlichen Parteien die nach links, in der Arbeiterpartei die nach rechts strebenden Elemente die Uebermacht gewinnen, dass sie sich die Hände reichen zu einer gemeinsamen ehrlichen Reformarbeit. Wird dies noch geschehen? Wer wird die Initiative dazu ergreifen? Als deutscher Gelehrter und Angehöriger der „besitzenden und gebildeten“ Classen kann ich nur wünschen, dass diese den Mahnrufen der Wissenschaft volles Gehör schenken möchten, dass ihnen der welthistorische Ruhm und die Ehre zufallen möchte, unsere politische und sociale Entwickelung aus dem furchtbaren Kreise, in dem sie sich jetzt bewegt, endlich herausgerissen zu haben.“ Buchner.

W. Fleiner: Erfahrungen über die Therapie der Magenkrankheiten. Sammlung klinischer Vorträge. No. 103. Leipzig. Breitkopf & Härtel, 1894.

Zuerst ist die Frage zu beantworten: ist der Magen motorisch sufficient oder nicht? Hierüber entscheidet die Ausspülung des nüchternen Magens. Ist der nüchterne Magen Früh Morgens nicht leer, so muss er ausgewaschen werden. Ueber die Handhabung der Magensonde gibt F. einige beachtenswerthe Winke. Insbesondere empfiehlt er, zur vollständigen Reinigung des Magens die Auswaschungen in verschiedenen Stellungen, im Sitzen, Liegen und bei Rumpfbewegungen vorzunehmen. Bei Magenerweiterung darf man sich nicht scheuen, dem Körper die nöthige Flüssigkeitsmenge zuzuführen; doch ist dabei zu beachten, dass die Flüssigkeiten keine concentrirten Salz- oder Peptonlösungen darstellen und keinen Zucker, Alkohol etc. enthalten; dagegen kann man durch den Magen die ausreichende Menge von Milch — 1500 bis 2500 ccm — einverleiben, wenn man sie in kleinen Portionen und bestimmten Zeiträumen verabreicht: etwa alle halben Stunden 50 ccm oder alle Stunden 100 ccm, oder alle $1^1/_2$ bis 2 Stunden 150—250 ccm. Ist der Magen im Stande, diese Flüssigkeitszufuhr zu bewältigen, so kann man den Nährwerth der Flüssigkeit erhöhen, z. B. durch Zusatz von Mehlen oder Eiern zur Milch. Gelingt die Zufuhr durch den Magen nicht, so ist der Dickdarm in Anspruch zu nehmen; kleine Flüssigkeitsmengen — etwa 250 ccm Wasser, reine Fleischbrühe oder Fleischbrühe und Wein, $^2/_3$ Brühe und $^1/_3$ nicht sauren Weisswein — können 2 und 3 mal am Tage per klysma eingespritzt werden. Bei schweren Fällen motorischer Mageninsufficienz müssen die Kranken permanente Bettruhe einhalten; bei den leichteren Fällen ist wenigstens in den ersten Stunden der Verdauung Rückenlage zu beobachten.

Zur Beurtheilung der Verdauungstüchtigkeit, speciell der Saftsecretion des Magens wählt F. nach dem Vorgange Kussmaul's ein Probemittagsmahl, bestehend aus einem Teller Schleimsuppe, einer Portion zarten Beefsteaks oder Rostbeefs und einer entsprechenden Menge Kartoffelbrei. Bezüglich der Untersuchung der zu entnehmenden Probe müssen wir auf den Inhalt der Abhandlung verweisen. Abgesehen von den erwähnten motorischen Störungen unterscheidet F. zwei Hauptgruppen: Herabsetzung und Steigerung der Functionen des Magens. Diesen Zuständen entspricht im Allgemeinen eine erregende bezw. beruhigende, reizmildernde Behandlung. Bei heruntergekommenen Patienten und mangelndem Hungergefühl muss man zur künstlichen Ernährung schreiten. Zur Steigerung der motorischen Kraft des Magens ist am wirksamsten die innere Magendusche mit Wasser von 24—26° R. oder Aufgüssen von gutem Hopfen oder von Quassiaholz. Schwächer wirken äussere Duschen auf die Magengegend oder ähnliche hydrotherapeutische Proceduren und Faradisation der Bauchdecken. Vor der Magenmassage warnt F. wegen der bei Vorhandensein von Geschwüren bestehenden Gefahr der Perforation. Der Gebrauch von Purgantien wird im Allgemeinen nicht befürwortet, dagegen der Werth grosser Oelklystire hervorgehoben. In der Reconvalescenz ist der Gebrauch von Trink- und Badecuren in Kissingen und anderen Curorten zweckmässig.

Bei den mit Hyperacidität und Hypersecretion einhergehenden Reizzuständen des Magens ist, je nachdem diesen Zuständen eine spinale oder eine locale Ursache zu Grunde liegt, die Galvanisation in Verbindung mit Nervinis oder die Milchdiät, deren Modificationen und Uebergänge zur Fleischkost eingehend erörtert werden, der Genuss alkalischer Brunnen, eventuell die Auswaschung des Magens indicirt.

Sensible Reizerscheinungen des Magens, wie sie durch ulcerative Vorgänge hervorgerufen werden können, erfordern häufig die Anwendung narkotischer Mittel, welche indess, abgesehen von dem weniger wirksamen Aq. laurocerasi und dem Codein, wegen ihrer lähmenden Wirkung möglichst einzuschränken und in vielen Fällen mit Vortheil durch Wismutheingiessungen nach der Methode Kussmaul's zu ersetzen ist. Der übermässigen Schleimabsonderung bei Magenkatarrhen ist, wenn nicht das Trinken von Emser Wasser etc., also die natürliche Ausspülung zum Ziele führt, durch die wirksamere Auswaschung des Magens zu begegnen. Die letztere ist auch indicirt bei der Ansammlung abnormer fermentativer Producte im Magen. Die Indicationen für die Operation des Magencarcinoms werden als in das Gebiet der Chirurgie fallend nur mit einigen Bemerkungen gestreift.

Es ist dem Verfasser gelungen, den angedeuteten reichen Inhalt in den engen Rahmen eines klinischen Vortrages zu bringen, und damit dem Praktiker den richtigen Weg für planmässiges Vorgehen bei den Störungen der Magenthätigkeit zu zeigen. Sendtner-München.

Curschmann: Klinische Abbildungen. Sammlung von Darstellungen der Veränderung der äusseren Körperform bei inneren Krankheiten. 57 Tafeln in Heliogravüre mit erläuterndem Text. Berlin, J. Springer, 1894.

Es liegt uns in den „Klinischen „Abbildungen“ ein Prachtwerk ersten Ranges vor, in dem sich ein reiches klinisches Material, von sachkundiger Hand gewählt und erläutert, mit einer vollendet künstlerischen Ausstattung zu einem Ganzen verbunden haben, das sowohl eine Fülle der Belehrung als auch ein hohes ästhetisches Vergnügen zu bieten geeignet ist. In 57 Tafeln werden uns Beispiele von Veränderungen der Körperform und Körperstellung hauptsächlich einer Reihe von Muskel- und Nervenkrankheiten, wie juvenile Muskelatrophie mit und ohne Pseudohypertrophie, wahre Muskelhypertrophie, Lipomatosis perimuscularis circumscripta, Akromegalie, Syringomyelie, Lähmungen in Folge von Poliomyelitis anterior und Polioencephalitis, Paralysis agitans, Athetosis, multiple Sklerose, Katalepsie, Lähmungen einzelner Nerven wie des Thoracicus longus, Facialis, Oculomotorius, Morbus Basedowii, ferner einer Reihe von Geschwulst- und Defectbildungen wie Periostitis ossificans luetica, Aneurysma der Aorta, Sarcoma sterni, Carcinoma mediastini, Fissura sterni congenita, verschiedene Formen von Struma, Pseudoleucämia lymphatica etc., gegeben. Ueberrascht jede einzelne Abbildung von Neuem durch die Güte der photographischen Aufnahme, die dem photographischen Laboratorium der Leipziger Klinik ein ehrenvolles Zeugniss ausstellt, und durch die ungemein feine, in technischer Hinsicht mit dem besten Kupferstich concurrirende und in Treue der Wiedergabe ihn weit überflügelnde Reproduction in Heliogravüre, so erstaunt man ebenso bei genauem Eingehen auf die einzelnen Fälle an der Hand des erläuternden Textes über die Fülle von Detail, die sich an den Bildern für das Studium ergibt

und die ihnen neben dem Werth von Paradigmen für ein gewisses Krankheitsbild noch den vollen Reiz verleihen, den die Individualität des Einzelfalles in sich birgt. Abbildungen, wie die der 4 kleinen von familärer Muskelatrophie befallenen Burschen, wie die der Serie von charakteristischen Körperstellungen, welche ein Kind mit Muskelatrophie beim Uebergang von der liegenden zur aufrechten Stellung einnimmt, ferner die von Syringomyelie, von Athetose u. s. w. stellen das Interessanteste und Vollendetste dar, was auf diesem Gebiete geleistet werden kann. Wir hoffen zuversichtlich, dass das Werk auf dem Büchermarkte die verdiente günstige Aufnahme finden werde, die seine von Curschmann schon in Aussicht gestellte Fortführung sichert. Es wäre des Weiteren nur sehr zu begrüssen, wenn der von dem Herausgeber ausgesprochene Wunsch, dass Collegen, die im Besitze werthvoller Abbildungen sind, diese zur Einreihung in die Sammlung zur Verfügung stellen möchten, Gehör fände. Insbesondere mit Hinsicht auf die herannahende Weihnachtszeit möchten wir auf das Werk als ein selten schönes Geschenk für Collegen hinweisen.

Moritz-München.

Prof. Dr. Helferich-Greifswald: **Atlas und Grundriss der traumatischen Fracturen und Luxationen.** Verlag von J. F. Lehmann in München, 1895.

Vor Kurzem erschien in Lehmann's medicinischer Buchhandlung zu München das unter obigem Titel angegebene Buch. Dasselbe zerfällt in zwei Theile, einen allgemeinen und speciellen, und ist in der Weise angeordnet, dass sowohl im ersteren wie letzteren auf einer Anzahl von Tafeln prägnante Beispiele von Fracturen und Luxationen gegeben werden, welchen sich, den einzelnen Abschnitten entsprechend, ein kurz und bündig gehaltener Text anschliesst.

Die in grosser Anzahl mehrfarbig gehaltenen Tafeln, im Ganzen 64 mit 166 Abbildungen, bringen einerseits Präparate aus der eigenen, reichhaltigen Sammlung des Verfassers, andererseits aus der Sammlung der Leipziger Klinik, sowie der pathologisch-anatomischen Institute zu München, Greifswald und London, ferner eigens zu diesem Zwecke an der Leiche hervorgebrachte Fracturen und Luxationen zur Ansicht, sind somit bis auf wenige Originalabbildungen.

Ihre Auswahl ist eine vortreffliche, ihre Wiedergabe durch Herrn Dr. J. Trumpp eine ausgezeichnete. Neben dem Bilde, wie es der Lebende nach der Verletzung bietet, finden sich die betreffenden Knochen- oder Gelenkpräparate, sowie eine besonders lehrreiche Darstellung der wichtigsten, jeweils zu berücksichtigenden topographisch-anatomischen Verhältnisse.

Im Texte sind die häufiger vorkommenden, den Arzt besonders interessirenden Knochenbrüche und Verrenkungen in ihrer diagnostischen und auch therapeutischen Beziehung eingehender, seltenere Formen kürzer erörtert. Die Absicht des Verfassers, „den Studirenden die Einführung in das wichtige Gebiet der Lehre von den Fracturen und Luxationen zu erleichtern und Aerzten in der Praxis ein brauchbarer Rathgeber zu sein," ist als vorzüglich gelungen zu bezeichnen.

Der Verleger liess es sich angelegen sein, das Beste zu liefern; das Colorit der Tafeln ist schön, der Druck übersichtlich, die Ausstattung hübsch, der Preis ein mässiger.

Referent zweifelt nicht, dass der Wunsch des Verfassers, es möge das Buch einigen Nutzen stiften, sich vollauf erfüllen wird.

Klaussner-München.

Neueste Archive und Zeitschriften.

Zeitschrift für klinische Medicin. 26. Band, 5. und 6. Heft.

15) M. A. Trachtenberg: **Ueber die syphilitische Spinalparalyse von Erb, nebst Bemerkungen über die toxischen Spinalparalysen.** (Aus der hospital-therapeutischen Klinik zu Charkow.)

Nach einer historischen Einleitung macht Verfasser einige ätiologische Bemerkungen. Die syphilitische Spinalparalyse entwickelt sich meistens in den ersten 4 Jahren nach erfolgter Infection. Die Symptome derselben bestehen nach Erb, Ross, Breteau, Hammond, Rech, Kowalewsky u. a. in Lähmungen, vorwiegend der unteren Extremitäten, mit Steigerung der Sehnenreflexe und geringgradigen Muskelspasmen, in geringen Sensibilitätsstörungen und Störungen der Blasen, Mastdarm- und Geschlechtsfunctionen. Degenerative Muskelatrophie tritt selten auf. Die Prognose ist günstiger als bei nichtluetischer Myelitis. Die anatomische Grundlage ist wahrscheinlich in einer syphilitischen Erkrankung der Gefässe zu suchen, welche die Pyramidenseitenstrangbahnen und die Hinterhörner im Dorsalmark versorgen. Mit dieser Annahme stimmt auch das klinische Bild der 29 Fälle aus der Charkow'schen Klinik, welche Verfasser zusammen mit Fällen aus der Literatur beschreibt. Besonders hebt Verfasser die schon von Kowalewsky betonte Steigerung der thermischen Reflexe neben intactem Tastsinn und intacter Schmerzempfindung und die ungleich starke Betheiligung beider Seiten hervor. Ein ähnliches Krankheitsbild findet sich beim sogenannten Lathyrismus, der Vergiftung mit Samen, Mehl etc. von Lathyrus sativus, cicera und chymenum, wie mehrere von Verfasser angeführte Fälle zeigen, und bei der Pellagra, bei welcher aber häufig auch starke Muskelspasmen und Krämpfe beobachtet werden. Zum Schluss ist noch ein Literaturverzeichniss beigefügt.

16) R. v. Limbeck: **Untersuchungen zur Lehre vom Stoffwechsel im Greisenalter.** (Aus der IV. med. Abtheilung der Krankenanstalt „Rudolfsstiftung" in Wien.)

Die vom Verfasser an zwei gesunden alten Individuen gemachten drei Stoffwechselversuche ergaben folgendes Resultat: Die Ausnützung der N-haltigen Substanzen wie des Fettes war normal; die tägliche N-Ausscheidung (8—10 g) war geringer als die tägliche N-Zufuhr (11,4—11,6 g). Die Ammoniakausscheidung im Harn war etwas erhöht, die procentische Ausscheidung der übrigen N-haltigen Bestandtheile erfolgte in annähernd normaler Weise. Das Körpergewicht nahm zu trotz der sehr niedrigen Calorienzufuhr (1230—1390 tägl.).

17) L. Pick: **Ueber Zwerchfellsdurchbohrungen durch das runde Magengeschwür.** (Aus dem pathologischen Institut in Königsberg.)

Verfasser fügt zu den 27 Fällen der Literatur einen neuen, 28.:

Eine 42jährige Arbeiterin, welche schon 6 Jahre an Uebelsein, Erbrechen und Magenschmerzen litt, zeigte bei der Aufnahme neben starker Abmagerung eine in die Tiefe sich fortsetzende Geschwulst der Gegend der Knorpel der falschen Rippen links, so dass ein Rippensarkom mit Uebergang auf die Magenwand diagnosticirt wurde. Die Section ergab ein sehr ausgedehntes, von der hinteren Wand über die kleine Curvatur auf die vordere Wand sich erstreckendes Magengeschwür mit kraterförmigem Grund, in dessen Bereich das Zwerchfell durchbrochen war und in welchen die Stümpfe der 8. und 9. Rippe hineinragten, während die Umgebung von sehr hypertrophischem, nirgends Geschwulstelemente beherbergendem Narbengewebe gebildet wurde. Letzterem war es zu verdanken, dass die Zwerchfellsperforation intra vitam keine Erscheinungen gemacht hatte. Die Seltenheit der Zwerchfellsperforation durch Ulcus erklärt sich durch die Verschieblichkeit des Magens; doch ist die Durchbrechung des Zwerchfells noch häufiger als die Bildung einer Magenfistel an der vorderen Bauchwand, wie die Fälle aus der Literatur beweisen. Am häufigsten von den Durchbrechungen des Zwerchfells sind die nach den Lungen resp. Pleuren, seltener die in das Pericard und in die Herzhöhlen. Der Sitz der nach dem Brustraum durchbrechenden Geschwüre ist am häufigsten die kleine Curvatur und der Fundus.

18) R. A. Pawlowski: **Ueber Herzthromben, gestielte Thromben oder „wahre Polypen" des Herzens.** (Aus dem Roschdestwenskispital in Petersburg.)

Der vom Verfasser beobachtete Fall war folgender: Eine 47jährige Lehrerin, vorher nie ernstlich krank, erkrankt unter den Erscheinungen eines Abdominaltyphus. In der 4. Woche traten Symptome einer Herzaffection in Form einer Mitralstenose auf, dabei besteht intermittirendes Fieber. Das präsystolische Geräusch ist zeitweise unhörbar. Unter Zunahme der Schwäche tritt nach 14 Tagen der Tod ein. Die Section ergab einen wallnussgrossen, der hinteren Wand des Vorhofes aufsitzenden Polypen und Milz- und Niereninfarcte, sonst keine besonderen Veränderungen. Der Fall schliesst sich den in der Literatur beschriebenen, vom Verfasser übersichtlich zusammengestellten Fällen an; die Herzpolypen kommen häufiger bei Frauen als bei Männern und meist bei Leuten im 30. bis 40. Lebensjahr vor. Diagnostisch lässt sich vielleicht die Unbeständigkeit und Unregelmässigkeit der Stenosenerscheinungen verwerthen.

19) O. Heubner: **Ueber Herzarythmie im Kindesalter.**

Verfasser theilt seine Erfahrungen über die nur wenig beachtete Herzarythmie bei Kindern, welche nicht an tuberculöser Meningitis oder an organischen Herzkrankheiten leiden, mit. Darnach tritt Herzarythmie auf nach Vergiftung mit Stechapfelsamen, Digitalis und Opium, bei Digestionsstörungen mit Resorption toxischer Stoffe, bei Unterleibserkrankungen (Typhlitis und Appendicitis), im Verlauf von Infectionskrankheiten (von Diphtherie abgesehen), namentlich im Reconvalescenzstadium, nämlich bei Typhus abdominalis, bei Scharlach, auch wenn keine Endo- oder Pericarditis und keine Nephritis auftritt, bei Masern und zwar fast nur bei leichteren Fällen, nach der Krise der croupösen Pneumonie, ferner bei schwächlichen anämischen und nervösen Kindern, bei Rhachitis, bei Darmparasiten, ferner unter physiologischen Verhältnissen bei Gemüthsbewegungen, während des Schlafes, nach warmen Bädern mit nachheriger Abkühlung und endlich wohl auch idiopathisch, so dass Du Coston dieselbe als eigene Krankheit beschreibt. Die Entstehung derselben kann theilweise auf reflectorischem Wege, theils durch

directe Einwirkung auf den Herzmuskel bei Vergiftungen und bei den Infectionskrankheiten erklärt werden. Die Behandlung hat sich hauptsächlich auf Entfernung der Ursache zu richten. Zum Schlusse gibt Verfasser noch eine Uebersicht der Literatur.

20) H. Strauss: **Ueber Magengährungen und deren diagnostische Bedeutung.** (Aus der Abtheilung des Prof. Ewald am Augusta-Hospital zu Berlin.)

Verfasser stellte an über 100 Patienten mehr als 150 Untersuchungen an, indem er den ausgeheberten Magensaft auf Milchsäure mit der Uffelmann'schen Reaction prüfte und im Gährungsröhrchen mit und ohne Traubenzuckerzusatz die Gasgährungsfähigkeit prüfte. Bei Carcinoma ventriculi fand sich von 24 Fällen 22 mal Milchsäure sehr deutlich. Die Gasgährung kam namentlich bei Zusatz von Traubenzucker zu Stande, weil wahrscheinlich alles gährungsfähige Substrat schon zu Milchsäure vergohren ist. Bei chronischer Gastritis fand sich Milchsäure bei 2 von 23 Fällen. Die an sich geringe Gasgährung wurde nach Zusatz von Traubenzucker etwas stärker. Bei Neurosen des Magens, bei Gastroptose und bei Ulcus ventriculi fand sich nie Milchsäure; die Gasgährung war bei letzterem minimal, bei ersteren sehr gering, bei Gastroptose nach Zuckerzusatz ziemlich stark. Bei Magenvergrösserungen (Ektasien) fehlte ebenfalls die Milchsäure, dagegen war die Gasgährung sehr lebhaft und nach Zusatz von Zucker noch bedeutend verstärkt. Bei secundären Magenerkrankungen (im Gefolge von Allgemein- oder anderen Organerkrankungen, wie Infectionskrankheiten, Anämie, Darmkatarrh etc.) fand sich hie und da schwache Milchsäurereaction, ebenso war die Gasgährung gering, nach Zuckerzusatz etwas stärker. Die beiden Gährungsformen kommen also bei motorischer Insufficienz vor, die Milchsäuregährung fast nur bei gleichzeitigem Fehlen von freier Salzsäure. Gleichzeitig starke Milchsäuregährung und Gasgährung nach Traubenzuckerzusatz bei Carcinoma ventriculi spricht für den Sitz desselben am Pylorus.

21) M. Levy-Dorn: **Beitrag zur Lehre von der Wirkung verschiedener Temperaturen auf die Schweissabsonderung, insbesondere deren Centren.** (Aus dem physiologischen Institut der Universität Berlin.)

Verfasser untersuchte das Verhalten der Centren für die Schweissabsonderung bei Einwirkung von niederen Temperaturen auf den Körper, indem er eine Katze mit ihrem Rumpf zwischen zwei mit doppelten Wänden versehenen Halbcylindern aus Blech brachte und diese Cylinder durch kaltes durchströmendes Wasser abkühlte und durch Dyspnoe oder mechanische, oder faradische Hautreizung oder Reizung des Ischiadicusstumpfes die Schweisscentren erregte. Wenn die Temperatur brüske herabgedrückt war (durch Baden in 6° kaltem Wasser), gelang die Hervorrufung der Schweisssecretion auf diese Weise nicht, sondern nur durch Pilocarpininjection. Sonst gelang sie immer, am besten durch Dyspnoe, die reflectorische Erregbarkeit der abgekühlten Haut schien sehr herabgesetzt, aber war immer noch vorhanden; die Schweissmengen waren recht beträchtliche.

Lindemann-München.

Archiv für klinische Chirurgie. 49. Band. 1. Heft. Berlin, Hirschwald, 1894.

1) Löwenthal: **Ueber die traumatische Entstehung der Geschwülste.** (Aus dem pathologischen Institut zu München.)

Wird mit der Fortsetzung im nächsten Heft besprochen werden.

2) Buday-Budapest: **Beiträge zur Kenntniss der Penisgeschwülste.**

1. Epithelcarcinom mit cystischer resp. adenopapillärer Structur.
2. Diffuse Verdickung des Penis nach Art einer elephantiastischen Neubildung mit atypischen Epithelwucherungen, auf denen es zu papillären Excrescenzen kommt: Cystoma papillare carcinomatosum.

3) Tietze: **Klinische und experimentelle Beiträge zur Lehre von der Darmincarceration.** (Aus der chirurgischen Klinik in Breslau.)

Der erste Theil vorliegender Arbeit befasst sich mit der Frage, ob sich im Bruchwasser eingeklemmter Hernien regelmässig Bakterien finden. Bei 9 vom Verfasser untersuchten Fällen fanden sich 4 mal Bakterien (2 mal Staphylococcen, 1 mal eine nicht näher zu bestimmende Diplococcenart, 1 mal Bacterium coli commune). Sämmtliche aus der Literatur zusammengestellten Fälle ergeben eine Summe von 52 mit 15 positiven Befunden. Bei 17 Versuchen an Hunden erhielt T. 9 mal ein positives Resultat.

T. kommt zu der Schlussfolgerung, dass unsere therapeutischen Maassnahmen durch die Bakterienfunde nicht beeinflusst werden. Beim Fehlen von tieferen Structurveränderungen am Darm kann das Bruchwasser als steril im klinischen Sinne gelten. Gegen gewisse Bakterienarten (Bacterium coli commune, Typhus, Cholera) besitzt das Bruchwasser eine abtödtende Wirkung.

Im zweiten Theil der Arbeit behandelt Verfasser die Veränderungen am strangulirten Darmtheil. Bei schwacher und mittelstarker Einklemmung kommt es zu Stauungserscheinungen, die sich eventuell bis zur Gangrän steigern können, bei sofortigem Abschneiden der Blutzufuhr kommt es zu anämischem Brande. Im zuführenden Darm sind fast immer, oft sehr schwere Circulationsstörungen vorhanden. Dieselben finden sich bald nur auf der Schleimhaut, bald in der ganzen Dicke der Darmwand. Am abführenden Darm finden sich nur selten Circulationsstörungen.

Von den übrigen bei Darmincarceration im Körper auftretenden Veränderungen geht T. besonders ein auf die Albuminurie, die die Folge einer einfachen Stauungsniere ist, und auf die pneumonischen Herde, die er als Aspirationspneumonien auffasst.

4) Hildebrand-Göttingen: **I. Ueber angeborene epitheliale Cysten und Fisteln des Halses.**

Bericht über 20 Cysten und 10 Fisteln aus der Göttinger Klinik. Die seitlichen verdanken ihren Ursprung grösstentheils Störungen in der Entwicklung der 2. Kiementasche.

II. Ueber angeborene cystische Geschwülste der Steissgegend.

6 angeborene Tumoren verschiedener Grösse, die sich in dem Raum zwischen Anus und Rectum einerseits und Steiss- und Kreuzbein andererseits entwickelt hatten, indem sie sich theils nach aussen vorwölbten, theils hoch zwischen Rectum und Kreuzbein hinaufreichten. Die Geschwülste stellten zum grössten Theil einen Complex von grossen und kleinen Cysten dar mit entweder atherombreiartigem oder gallertig-schleimigem oder klarem gelben Inhalt. Ihre Entstehung verdanken diese Tumoren wahrscheinlich einer Persistenz der Pars intestini postanalis und des Canalis neurentericus.

5) v. Eiselsberg-Utrecht: **Ueber Wachsthumsstörungen bei Thieren nach frühzeitiger Schilddrüsenexstirpation.**

Da Fleischfresser nach der Schilddrüsenexstirpation meist in kurzer Zeit zu Grunde gehen, so wählte Verfasser behufs genauen Studiums zu seinen Versuchen Pflanzenfresser, und zwar möglichst junge Individuen, um genau die Hemmungen der Entwicklung zu beobachten. Seine Versuchsthiere waren 2 junge Lämmer, 4 junge Ziegen, 1 junges Schwein und 1 Affe.

Die Ergebnisse der Versuche sind ganz ausserordentlich bemerkenswerth und durch ausgezeichnete Abbildungen veranschaulicht. Die Schilddrüsenexstirpation ruft bei Herbivoren schwere Wachsthumsstörungen hervor, die E. als Zwergwuchs verbunden mit Cretinismus bezeichnen möchte. Die Wachsthumsstörung betrifft vor allen Dingen die langen Röhrenknochen (wie beim Cretin). Der Haarwuchs zeigte immer Störungen, doch verschieden bei Schaf und Ziege. Weiter fand sich Verkümmerung des Hornes, Auftreibung des Unterleibes, Herabsetzung der Temperatur. An der Aorta fand sich zwei Mal Atherom. Im psychischen Verhalten macht sich hochgradige Idiotie bemerkbar, wie bei den Cretins. Auch der Gang der Thiere lässt Aehnlichkeit mit dem der Cretins erkennen.

v. E. weist hier auf die verschiedenen Folgezustände, die der Ausfall der Schilddrüsenfunction beim Menschen hat (congenitaler Cretinismus, typischer Cretinismus, Myxoedem, Myxoedema operativum [Tetanie und Cachexie]).

6) Neuber-Kiel: **Zur Behandlung der Knochen- und Gelenktuberculose.**

N. berichtet über eine Reihe von Kranken, zumeist jüngeren Alters, bei denen durch radicale operative Entfernung alles Kranken bei Schonung der Gelenkstructur und durch Ueberschwemmung der Wunde mit 10 proc. Jodoformglycerin in kurzer Zeit Heilung bezw. Besserung erzielt wurde.

Die Bespülung der Wunde mit 5 proc. Jodoformglycerin hat Verfasser auch bei Operationen wegen nicht tuberculöser Leiden mit Erfolg angewendet.

7) Petzholdt-Gröditz: **Ein seltener Fall von divergirender Luxation beider Vorderarmknochen.**

Luxation der Ulna nach hinten, des Radius nach vorn und seitlich bis auf den inneren Rand der Trochlea. Die Reposition gelang, nachdem zunächst der Radius durch Supinationsbewegungen und Druck auf das Capitulum reponirt war.

8) Grisson-Hamburg: **Angeborener Defect der Oberschenkel-Diaphyse.**

Die durch den Defect bedingte Verkürzung betrug bei dem 9 jährigen Knaben 23 cm. Hüft- und Kniegelenk waren vorhanden und frei beweglich.

9) Niché: **Eine neue Indication und Modification der osteoplastischen Fussresection nach Wladimirow-Mikulicz.** (Aus der chirurgischen Klinik in Breslau.)

Die neue Indication besteht darin, die Operation vorzunehmen bei ausgedehntem Geschwür des unteren Unterschenkeldrittels und gleichzeitiger Ankylose des Talocruralgelenks, die Modification darin, den sonst in Wegfall kommenden Fersen- und Sohlenlappen zur Deckung des Weichtheildefectes zu benützen. In dem vom Verfasser mitgetheilten Fall dieser Art wurde ein günstiges Resultat erzielt.

10) Tietze: **Maschinenverletzung der Hand, Zermalmung der Finger, ausgedehnter Substanzverlust auf dem Dorsum der Hand, secundäre Deckung desselben durch den Rest der Fingerhaut.** (Aus der chirurgischen Klinik zu Breslau.)

Die Ueberschrift ergibt das Wesentliche des Falles.

Krecke-München.

Centralblatt für Gynäkologie. 1894. Nr. 48.

1) M. Lange-Königsberg i. Pr.: **Ueber intrauterine Leichenstarre.**

Eine in extenso mitgetheilte Beobachtung, in welcher ein Kind wenigstens 3 1/2, höchstens 5 Stunden nach seinem Absterben leichenstarr geboren wurde, gibt Verfasser Veranlassung sich mit der intrauterinen Leichenstarre näher zu beschäftigen. Er ist der Ueberzeugung, dass die Starre sich bei jedem Kinde, welches im Uterus abstirbt, bereits dortselbst einleitet oder ganz abspielt, wenn es nur genügend lange im Uterus zurückgehalten wird. Vermöge der relativ hohen

intrauterinen Temperatur wird dort die Leichenstarre rasch eintreten und schnell verlaufen, so dass die angebliche Seltenheit der Geburt eines leichenstarren Kindes (ausser auf ungenaue Beobachtung) darauf zurückzuführen ist, dass bis zur Geburt die Starre bereits im Nachlassen bezw. verschwunden ist. Für den früheren oder späteren Eintritt der intrauterinen Starre kommen individuelle Verhältnisse (Fiebertemperatur der Mutter, Ernährungszustand der fötalen Muskel, sodann in Uebereinstimmung mit Stumpf die Toxine der Eklampsie etc.) in Betracht. Die Todesursachen bei den bis jetzt bekannten Fällen von leichenstarr geborenen Kindern sind so mannigfach, dass auf die Todesart an sich offenbar kein Gewicht gelegt werden kann. Nach der praktischen Seite, im Sinne einer Erschwerung der Geburt, scheint die fötale Leichenstarre nicht von grosser Bedeutung zu sein.

2) Albers-Schönberg: **Ein Fall von Uterusruptur bei congenitaler Dystopie der linken Niere als Geburtshinderniss.** (Aus dem Krankenhause Hamburg-Eppendorf, Abtheil. Dr. Schütz.)

Einfach plattes Becken 2. Grades; die ersten 2 Entbindungen schwer aber spontan; jetzt, bei der 3. Entbindung, totale Uterusruptur in der Gegend des inneren Muttermundes, Austritt des Kopfes durch die Ruptur. Wendung, Extraction, manuelle Placentarlösung. Rein exspectative Behandlung des Risses wegen anfänglich günstigen Befindens der Patientin. Tod an septischer Peritonitis. Bei der Section fand sich die, im Uebrigen normale linke Niere in der Kreuzbeinhöhlung, und zwar so, dass der obere Pol der Niere genau vor dem Promontorium liegt. Die Niere war bei dieser Entbindung desshalb zum Geburtshinderniss durch Raumbeengung geworden, weil sich der kindliche Kopf in II. Schädellage eingestellt hatte; die vor dem Promontorium befindliche Niere war vor dem andrängenden Kopf nach links ausgewichen und hat so zu einer Verkürzung des benöthigten 2. schrägen Durchmessers um ihren eigenen Dickendurchmesser (2 cm) geführt. Eisenhart-München.

Archiv für Hygiene. XXII. Band, 1. Heft.

Dr. B. Gosio-Rom: **Zersetzungen zuckerhaltigen Nährmaterials durch den Vibrio cholerae asiaticae Koch.** (Hygienisches Institut Berlin.)

Neben reichlichen Mengen Milchsäure (Linksmilchsäure) bilden die Choleravibrionen aus Traubenzucker auch Essigsäure und etwas Buttersäure, etwas Alkohol, Aceton und Aldehyd, aber keine Kohlensäure. Andere Kohlehydrate liefern geringere Milchsäuremengen, am wenigsten der Milchzucker. — Bei Anwesenheit von reichlich Zucker fehlt die Indolbildung, auch auf eiweissfreien Nährböden nach Uschinsky wird Milchsäure aus Zucker gebildet.

Für viele quantitative Angaben ist das Original einzusehen, dagegen verdient hier noch Erwähnung, dass die grosse Reihe nahe verwandter nach Kuprianou Linksmilchsäure bildender Bacterien auch ähnliche Quantitäten Säure bildet wie der Vibrio Cholerae.

Stabsarzt Dr. Bonhoff: **Untersuchungen über intraperitoneale Cholerainfection und Choleraimmunität.** (Aus dem hygienischen Institut Berlin.)

Aus der sehr umfangreichen Arbeit, die neben einer Reihe neuer Resultate viele kritische Bemerkungen zu den gegenwärtig so viel umstrittenen Fragen, die der Titel andeutet, enthält, seien folgende Ergebnisse von allgemeinerem Interesse hervorgehoben.

Es kommen bei 2 Choleraculturen, die von der gleichen Agarreincultur auf dem gleichen Nährboden streng parallel gezüchtet sind, die grössten unerklärlichen, plötzlich auftretenden Virulenzschwankungen vor. Dieselben machen alle Beobachtungen über Zunahme und Abnahme der Virulenz zu einem sehr schwierigen, nur bei höchster Sorgfalt werthvollen Gegenstand.

Unter thunlichster Beobachtung aller Fehlerquellen fand Bonhoff bei stets mit Peritonealexsudat der verstorbenen Thiere intraperitoneal fortgeimpfter Cholera in einer sehr langen Versuchsreihe an Kaninchen erst beträchtliche Zunahme dann im Laufe der Wochen vollkommenes Verschwinden der Virulenz.

Die Immunität gegen intraperitoneales Beibringen von Choleravibrionen ist bekanntlich leicht durch die verschiedensten Manipulationen zu erreichen: Durch Injection sehr weniger, oder auf 60° erwärmter Cholerabacillen u. s. f. Eine Steigerung der Immunität gelang am besten durch Wiederholung der peritonealen Impfung mit mässig steigenden Dosen lebender Choleravibrionen in längeren Intervallen. Die Thiere vertrugen so schliesslich in manchen Fällen bis zur 16 fachen der anfänglichen minimalletalen Dosis.

Niemals erwies sich aber — und das ist praktisch und theoretisch sehr wichtig — ein intraperitoneal noch so lange vorbehandeltes Thier immun gegen eine resp. eine einmal wiederholte Cholerainfection vom Magen aus.

Es war kein nennenswerther Unterschied gegenüber dem Verhalten der nicht vorbehandelten Controlthiere zu bemerken, weder in der Schwere noch in der Dauer der Erkrankung, nur Blut und Peritonealexsudat der geimpften war etwas ärmer an Vibrionen als bei den vorbehandelten.

Auch das Serum von intraperitoneal hochgradig immunisirten Thieren war ohne Schutzwirkung bei vom Magen aus inficirten Thieren.

In vollkommenstem Gegensatze zu Richard Pfeiffer und übereinstimmend mit Klein, Sobernheim und C. Fränkel bestreitet der Verfasser jede specifische Bedeutung der durch intraperitoneale Vorbehandlung mit Choleravibrionen erzeugten Immunität gegen Cholerainfection vom Peritoneum aus. Mit Prodigiosus und verschiedenen anderen Arten liess sich die gleiche Immunität gegen intraperitoneale Cholerainfection erzeugen, die ähnliche Dauer hatte wie die Immunität, die durch Choleravibrionen selbst erzeugt war. Auch die umgekehrte Immunisirung von Thieren mit Choleravibrionen gegen Prodigiosus ist gelungen Nur der Vibrio Metschnikoff — mit dem ja auch Pfeiffer viel experimentirte — schien merkwürdiger Weise andere Gifte als Choleravibrio, Prodigiosus etc. zu erzeugen, er eignete sich nicht zur Immunisirung gegen Cholera und choleraimmune Thiere erlagen der Metschnikoffinfection.

Das Hauptresultat der Arbeit ist also für den Praktiker: Weder für die Choleradiagnose noch für die Choleraprophylaxe oder Therapie hat die peritoneale Immunität der Versuchsthiere einen praktischen Werth. K. B. Lehmann-Würzburg.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. XVIII. Bd. 2. Heft.

Pfuhl: **Beitrag zur Lehre von den Choleraepidemien auf Schiffen.** (Institut für Infectionskrankheiten Berlin.)

Pettenkofer hat die Schiffsepidemien für Ausnahmefälle erklärt und sich ihr Zustandekommen so gedacht, dass in einzelnen besonderen Fällen vom inficirten Lande soviel Infectionsstoff auf das Schiff gekommen sei, dass dieser selbst für die Infection zahlreicher aufeinander folgender Fälle ausreichte. Durch das eingehend mitgetheilte Material, das Pfuhl durch das Studium der Cholerafrequenz auf 4 italienischen im August 1893 von Cholera intensiv befallenen Schiffen gewann, kommt er zu dem Schlusse, dass der Infectionsstoff immer im Darme Erkrankter, ausserdem noch in beschmutzter Wäsche auf das Schiff eingeschleppt wurde und dass schliesslich die Verbreitung der Krankheit auf den Schiffen durch die Ausleerungen der Kranken hervorgebracht wurde. Die Beweisführung wolle im Original nachgesehen werden.

A. Wassermann: **Ueber Concentrirung der Diphtherieantitoxine aus der Milch immunisirter Thiere.** (Institut für Infectionskrankheiten Berlin.)

Zur Gewinnung stark concentrirter Diphtherie-Antitoxine aus der Milch immunisirter Thiere wird das durch wenig Salzsäure und Labferment abgeschiedene Milchserum mit Chloroform von Fett befreit, dann mit Ammoniumsulfat aus demselben das Antitoxin gefällt. Der im Vacuum auf Thontellern getrocknete Niederschlag in wenig Wasser gelöst, liefert leicht die Antitoxine in zehnfacher Concentration, wie sie in der Milch vorhanden war.

P. Ehrlich und A. Wassermann: **Ueber die Gewinnung der Diphtherieantitoxine aus Blutserum und Milch immunisirter Thiere.** (Institut für Infectionskrankheiten Berlin.)

Die Arbeit enthält nähere Angaben darüber, wie Ziegen gegen Diphtherie immunisirt werden können. Am besten bewährte sich bloss sterilisirte Bouillonculturen zu diesem Zwecke zu verwenden und zwar im Anfang den Thieren junge, später alte abgekochte Culturen einzuspritzen.

Ein weiterer Theil der Arbeit beschäftigt sich mit der Methodik der Prüfung antitoxischer Flüssigkeiten und schliesslich werden einige Angaben über den Immunisirungswerth gemacht, der bisher Milchserum erreicht wurde.

K. A. H. Mörner-Stockholm: **Einige Beobachtungen über das Verdampfen von Quecksilber in den Wohnräumen.**

Sublimat ist bei der Temperatur unserer Wohnräume nicht flüchtig. Mörner hat aber in dieser Arbeit nachgewiesen, dass in mit Sublimat desinficirten Tapeten unserer Wohnräume allmählich ein Theil in metallisches Quecksilber übergehe und als solches flüchtig sei. Quantitative Angaben über die Menge des metallischen Quecksilbers, das sich in mit Sublimatlösung abgewaschenen Tapeten nach einiger Zeit findet, hat Mörner keine gemacht. Er beschränkte sich durch Zwischenlegen von in Seidenpapier gewickelten Goldblättchen zwischen die verdächtigen Tapeten, auf dem Golde das metallische Quecksilber zu sammeln und dasselbe nach geeigneter Sublimirung in dünnen Glasröhren unter dem Mikroskop als solches zu erkennen.

Die Bewohner des mit den sublimathaltigen Tapeten tapezirten Zimmers blieben gesund, der Harn derselben enthielt nur minimale Quecksilberspuren.

Dagegen berichtet Mörner eine ausführliche Krankengeschichte einer Familie, die in ihrer Wohnung ein Zimmer hatte, dessen Tapeten (niemals desinficirt) einen deutlichen Quecksilbergehalt besassen. Die berichteten Symptome sind wenig charakteristisch, am deutlichsten war ein kleines Kind erkrankt, dessen Leiden in Unruhe, Schlaflosigkeit, Erbrechen und einem hartnäckigen Ausschlag im Gesicht, an Armen und Beinen bestand. Untersuchungen nach Arsen waren vergeblich gewesen. Harnuntersuchungen wurden in diesem Falle keine gemacht. Am auffallendsten ist der Bericht über eine dritte Serie von Untersuchungen, eine grössere Pflegeanstalt betreffend, in der im Spätsommer 1893 eine gründliche Desinfection mit Sublimatwaschung vorgenommen worden war. Der Harn, sowohl von Brustkindern als von Erwachsenen, die niemals Quecksilberpräparate bekommen hatten, war regelmässig quecksilberhaltig, einigemale sogar auffallend stark. Noch im Jahre 1894 war Quecksilber zu finden. Eine vollkommene Erklärung, wo das Quecksilber herkam, wurde durch diese Versuche nicht gegeben. Da das Zimmer mit Oelfarbe gestrichen war und man der Sublimatabwaschung der Wände und des Bodens ein Abwaschen mit Wasser hatte folgen

lassen, so waren an den Wänden nur Spuren von Quecksilber zu finden, etwas mehr am Boden, am meisten an den mit Sublimat abgewaschenen Schränken.

Verschiedene Indicien weisen darauf hin, dass im Anfang die Hauptmenge des in der Luft durch Goldblättchen nachgewiesenen Quecksilbers aus den innen mit Sublimatlösung desinficirten Warmluftcanälen stammten, und dass das Holz der Möbel als eine Art Reserve diente.

Die Symptome der Bewohner dieser Räume waren auch hier nicht charakteristisch, aber doch so (Ernährungsstörung, Diarrhöen, einmal Stomatitis), dass dadurch die Untersuchung veranlasst worden war. Mörner ist sehr vorsichtig in der Beurtheilung dieser Resultate, jedenfalls haben seine Versuche bewiesen, dass die Verwendung grosser Mengen von Sublimat zur Desinfection von Wohnräumen bedenkliche Folgen haben kann.

A. Gärtner: **Torfmull als Desinfectionsmittel von Fäcalien nebst Bemerkungen über Kothdesinfection im Allgemeinen, über Tonnen- und Grubensystem, sowie über Closetventilation.** (Hyg. Institut Jena.)

Die sehr eingehende, alle möglichen Fehlerquellen ausführlich berücksichtigende Arbeit kommt zu folgendem Resultat:

1) Die Zwischenstreu von Torfmull allein ist selbst bei inniger Mischung nicht im Stande, die Desinfection der in Fäcalien enthaltenen Keime ansteckender Krankheiten, speciell der Cholera und des Typhus sicher zu bewirken. Die Cholerabacillen sterben zwar häufig im Torfmull in kurzer Zeit ab, hie und da bleiben sie jedoch mehrere Tage lebendig. Typhusbacillen halten sich im Torfmull recht lang.

2) Die Abtödtung von Cholera- und Typhusbacillen gelingt rasch und sicher, wenn dem Torfmull mehr als 20 Proc. Superphosphatgyps, oder wenn ihm 2 Proc. Schwefelsäureanhydrit zugesetzt wird, jedoch nur unter der Bedingung, dass eine ganz innige Mischung der Fäcalien mit dem das Desinfectionsmittel enthaltenden Torfmull statt hat.

Bei niederer Temperatur wirken die Desinfectionsmittel schlechter als bei Sommertemperatur.

Im Uebrigen kommt Gärtner durch Erwägung der biologischen Eigenschaften der Desinfectionserreger zu folgenden Resultaten:

Eine Gefahr der Infection durch ordnungsgemäss in Tonnen und dichte Gruben entleerte Fäcalien ist bis zu ihrer Fortschaffung überhaupt nicht vorhanden.

Die Möglichkeit einer Gefahr beginnt erst mit der Entfernung der Fäcalien. Geschieht diese durch geschulte Leute und wird der Dung sofort unter die Erde gebracht, oder unter Abschluss aufgehoben, dann sterben die pathogenen Keime bald ab, oder sind wenigstens unschädlich.

Einer Desinfection der Fäcalien — mit Ausnahme der Abgänge der notorisch Kranken — bedarf es also nicht, wenn nur für ihre entsprechende Auffassung, ihren sicheren Transport und gute Verwahrung gesorgt ist.

Mit diesen Maassnahmen lässt sich mehr erreichen und ein besserer Schutz erzielen, als durch Desinfectionsmittel, deren Anwendung immer resultatlos bleiben muss, sofern nicht die Fäcalien dünnflüssig sind, oder eine intensive maschinelle Durchmischung vorgenommen wird.

Einer Desinfection bedürftig sind eigentlich nur die in besondere Geschirre hinein entleerten Stühle der an Typhus und Cholera Erkrankten, die Aborte der inneren Abtheilung von Krankenhäusern und derjenigen Familien, in welchen Typhus- und Cholera-Erkrankungen vorhanden sind.

Hierfür ist Aetzkalk allen anderen Mitteln vorzuziehen. Für gewöhnlich erscheint es praktisch, den nichtinficirten gesammelten Gruben- oder Tonneninhalt in grossen Gruben eine Zeit lang der Gährung zu überlassen. Wird dies nicht beliebt, so will die Fäcalien entweder sofort unter die Erde zu verbringen oder zu Compost zu verarbeiten.

Sollte eine Desinfection von Fäcalien mit sauerem Torf zu Epidemiezeiten gewünscht werden, so sind maschinelle Mischungsmittel durchaus nothwendig.

Indem wegen verschiedener anderer beherzigenswerther Bemerkungen über Tonnen- und Grubensystem auf das Original verwiesen wird, sei noch erwähnt, dass zur Ventilation von Gruben, Closets Gärtner die d'Arcet'sche Methode empfiehlt.

Es endet das Abfallrohr im obersten Closet. Als Ventilationsrohr dient ein oberhalb der Tonne schräg abgehendes Blechrohr, das längs des Küchenschornsteins über Dach geführt wird.

Landmann: **Finden sich Schutzstoffe in dem Blutserum von Individuen, welche Variola bezw. Vaccine überstanden haben?** Städt. Krankenhaus Frankfurt a. M.

Die Resultate dieser kleinen Arbeit sind negativ, aber nicht ausschliessend.

Kutscher: **Ein Beitrag zur Kenntniss der bacillären Pseudotuberculose der Nagethiere.** (Hyg. Institut Giessen.)

Der neu beschriebene Bacillus Pseudotuberculosis murium ist mit keiner der bis jetzt beschriebenen Bacterien der Pseudotuberculose identisch. Zur Färbung in Schnitten ist von Kutscher eine Modification der Gram'schen Färbung empfohlen, die auch eine isolirte Färbung von Rauschbrand und malignem Oedem gestattet.

Carl Spengler: **Ueber Lungentuberculose und bei ihr vorkommende Mischinfectionen.** (Institut für Infectionskrankheiten Berlin.)

Diese vorwiegend klinische Arbeit betont an der Hand eines reichlichen Materiales die Bedeutung der Streptococcen, Diplococcen, Streptobacillen, Influenzabacillen und einiger anderer Mischinfectionen bei Tuberculose. Unter den tuberculösen Phthisen sind nur wenige uncomplicirte Tuberculose.

Die Fiebererregung bei der Phthise ist in der Regel durch Streptococcen bedingt, das Fieber kann als septisches bezeichnet werden. Die Streptococceninfection weicht häufig der klimatischen Behandlung, während die Tuberculose bestehen bleibt. Nur beim Fehlen oder nach Beseitigung einer vorhandenen Streptococceninfection hat eine Tuberculinbehandlung Aussicht.

Viquerat: **Der Mikrococcus tetragenus als Eiterungserreger beim Menschen.**

Einige Beobachtungen und Versuche an Menschen, welche die Fähigkeit der Eitererregung durch Mikrococcus tetragenus erweisen.

K. B. Lehmann-Würzburg.

Laryngologie.

Bresgen: **Die Ursachen des nervösen Kopfschmerzes der Schulkinder.** (Wien. med. Presse, No. 37, 1894.)

Nach den Untersuchungen des Norwegers Hakonson-Hansen litten in Christiania circa 40 Proc. aller Schülerinnen der höheren Classen an Kopfschmerz. Die Ursachen desselben lassen sich in vier Gruppen theilen. Zuerst geben Krankheiten des Gehirns und seiner Häute, sowie erbliche nervöse Belastung Anlass zu Kopfschmerz; dann folgen allgemeine Körperschwäche, Verdauungsstörungen, Obstipation, Anämie, welche letztere oft durch hastiges und zu häufiges Essen und übermässigen Genuss von Flüssigkeiten erzeugt werden. In einer dritten Gruppe trifft die Schuld die Schule; der Unterricht soll niemals vor 8 Uhr beginnen; durch passende Beleuchtung soll die Ueberanstrengung der Augen vermieden werden, wie auch durch gleichmässige Vertheilung des Lehrstoffes der geistigen Ueberarbeitung der Kinder vorgebeugt werden soll.

Sehr zu verurtheilen ist die Ueberladung mit Lehrstoff sowie die ungeeignete Darbietung desselben, ferner die mangelnde Abwechslung zwischen schwierigeren und leichteren Unterrichtsgegenständen, die Abhaltung des Gesammt-Unterrichtes an einem Vormittage, die oft übermässige und zu frühzeitige Pflege der Musik und fremden Sprachen im Elternhause, bei gründlicher Vernachlässigung des Turnens und Aufenthaltes im Freien.

Endlich führen auch Erkrankungen der Nase, Ohren, Augen und Zähne äusserst häufig zu Kopfschmerzen: Von den Nasenkrankheiten sind besonders zu nennen die mit Verstopfung und mit Eiterung einhergehenden Affectionen; selten wird nur eine der angegebenen Ursachen verantwortlich zu machen sein.

C. Stoerk: **Ueber die Kreosottherapie bei Tuberculose des Kehlkopfes und der Lunge.** (Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. I. Band, 2. Heft.)

Verfasser wendet sich gegen den Gebrauch des Kreosots, das in sehr vielen Fällen schade und noch öfters nichts nütze. Die scheinbaren Erfolge beweisen nur, dass es Menschen gibt, welche einen so ausgezeichneten Magen besitzen, dass sie täglich selbst durch Monate hindurch 1 g Kreosot und darüber vertragen können. Auch die Application per anum ist zu verwerfen. Stoerk nimmt keinen Anstand auszusprechen, dass alle jene Kranke, die das Kreosot mit Widerwillen nehmen, den Kreosotgeschmack nicht aus dem Munde verlieren, nach Gebrauch des Medicaments über Ekel, Brechreiz klagen, nur in Folge des Gebrauches ihre Fähigkeit, Nahrung aufzunehmen, verlieren und so schneller zu Grunde gehen, als wenn man sie mit den bisher üblichen Mitteln behandelt hätte.

Rosenberg: **Die Intubation bei Larynxstenosen.** (Archiv f. Laryng. u. Rhinol. I. Band, Heft 2.)

Rosenberg, welcher die Intubation hauptsächlich an nicht Diphtheriekranken sondern mit chronischen Stenosen Behafteten machte, sagt, dass die Manipulation durchaus nicht so leicht sei, dass man falsche Wege machen könne. Quälender Hustenreiz nach dem Einlegen der Canüle käme hauptsächlich dann zu Stande, wenn der Faden nicht seitlich über die pharyngoepiglottische Falte, sondern über die laryngeale Fläche des Kehldeckels zu liegen kommt. Das Gefühl vom Vorhandensein eines Fremdkörpers oder die Angst nicht schlucken zu können, muss durch Zureden von Seite des Arztes beseitigt werden. Das Aushusten der Tube geschieht oft, namentlich dann, wenn der Umfang derselben nicht ganz genau dem Lumen des Kehlkopfes entspricht. Nicht selten muss die Tube während des Essens entfernt werden, da manche Kranke absolut nicht bei liegender Tube essen können. Decubitus sah R. nur in acuten Fällen und auch hier war derselbe ganz oberflächlich.

Sonstige Erfolge mit der Intubation sah R. bei Laryngitis subglottica tuberculosa, bei Perichondritis syphilitica, hysterischem Glottiskrampf. Besonders empfehlenswerth erscheint die Intubation bei multiplen Papillomen der Kinder. Bei narbigen Stenosen muss der Einführung der Tube die Discission von Narben, Zerstörung von Membranen vorausgehen.

Harke: **Beiträge zur Pathologie und Therapie der oberen Athmungswege einschliesslich des Gehörs.** Wiesbaden, Bergmann, 1895.

Verfasser, bereits bekannt durch frühere Arbeiten, namentlich durch sein neues Verfahren, die Nasenrachenhöhle mit ihren pneumatischen Anhängen am Leichnam ohne äussere Entstellung freizulegen,

theilt in dem vorliegenden Werke 395 Sectionsberichte mit und knüpft daran theils diagnostische, theils therapeutische Mittheilungen.

Gegen den Schwellungskatarrh empfiehlt er den Feldbausch'schen Nasenerweiterer und Uebung resp. Gymnastik der Nasenmusculatur, welche sicherer wirkten als Aetzmittel und Galvanokauter. Eine grosse — nach des Referenten Ansicht vielleicht zu grosse — Bedeutung für die Entstehung von Nasen- und Ohrenkrankheiten legt Verfasser dem unrichtigen Schneuzen, d. h. der Compression der Luft in der Nase und Nebenhöhlen bei zugehaltenen Nasenlöchern bei; zu geringen Werth misst Verfasser hingegen den Erkrankungen der Zähne des Oberkiefers bei der Entstehung des Kieferhöhlenempyems zu. Der Ansicht von Zuckerkandl, dass Nebenhöhlenentzündungen durch einfache Ueberleitung von Entzündungen der Haupthöhlen entstünden, kann sich Harke nicht anschliessen, glaubt vielmehr, dass durch ungeeignetes Schneuzen, heftiges Niesen etc. Infectionsmaterial aus der Nase in die Nebenhöhlen eingepresst wird; dasselbe findet auch beim Mittelohre statt, wesshalb Harke auch das Politzer'sche Verfahren für gefährlich erachtet. Ferner behauptet H., dass Nebenhöhleneiterungen mit Ausnahme der durch Fremdkörper, wie Schnupftabak oder durch Zahncaries entstandenen ohne weiteres Zuthun ausheilen und zwar durch die Beihilfe der Flimmerzellen und der Resorption. Vorwölbungen der knöchernen Wände der Oberkieferhöhle oder anderer Nebenhöhlen bei entzündlich tropfbar flüssigem Inhalt sah H. niemals, auch nicht an der nachgiebigen inneren Wand der Oberkieferhöhle. Offenbar zu weit geht aber H., wenn er sagt, er halte es für absolut unmöglich, in die Keilbeinhöhle auf natürlichem Wege einzudringen; nur bei Muschelatrophie sei es manchmal möglich.

Die Polypen, Hypertrophien und Granulationen an den hinteren Muschelenden oder am Hiatus und im Infundibulum hält H. für Folgezustände von Nebenhöhleneiterungen; freilich sei der Entzündungsherd oft schon ausgeheilt und man sehe nur noch die Spuren an dem Wege, den die ausfliessenden Exsudate nahmen. Bei Ozaena fand H. die Nebenhöhlen bald gesund, bald krank. Die sehr interessanten Sectionsbefunde müssen im Original gelesen werden.

Schech-München.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 5. December 1894.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr **Nasse** 2 Fälle von operativ geheilten Gehirnabscessen.

Herr **Jolly: Pseudoparalysis myasthenica** (Krankenvorstellung).

Der vorzustellende Patient zeigt ein Krankheitsbild, das in den letzten Jahren mehrmals besprochen, aber noch nicht zur allgemeinen Kenntniss gelangt ist, das nicht bloss theoretisches, sondern auch praktisches Interesse beansprucht. Vortragender beobachtete davon 2 Fälle, deren ersten er in der Gesellschaft der Charitéärzte im Jahre 1890/91 vorgestellt hatte und welcher später unter noch zu besprechenden charakteristischen Erscheinungen gestorben war.

In dem vorgestellten Falle sind die Erscheinungen günstiger:

Pat. ist ein $14^1/_2$jähriger Junge, der bis dahin gesund und muskelkräftig, insbesondere ein gewandter Kletterer gewesen war; in der Familie finden sich keine Nervenkrankheiten; im Alter von $1^1/_2$ Jahren hatte er vorübergehende, später nicht wiederkehrende Krämpfe.

Die ersten Symptome zeigten sich vor $1^1/_2$ Jahren und bestanden darin, dass Pat. in der Schule nicht recht an die Tafel sehen konnte, weil es ihm unmöglich war, die Augen länger offen zu halten. Nach einer kleinen Ruhepause war ihm dies wieder möglich.

Das nächste Symptom war eine leichte Ermüdbarkeit der Beine, beim Gehen und Treppensteigen, so dass er zuweilen auf der Strasse plötzlich zusammenstürzte. Daher wurde sein Leiden anfangs mit Epilepsie verwechselt, es war aber niemals ein Bewusstseinsverlust mit jenem Hinfallen verbunden.

Nach einigen Monaten zeigte sich die leichte Ermüdbarkeit in den Armen, dann in den Kau- und Rumpfmuskeln, so dass er beim Essen und Sprechen häufig innehalten musste.

Dies zeigt sich auch jetzt noch bei längerem Lesen, so dass er schliesslich ganz undeutlich liest; doch geht es jetzt schon besser.

In dem ersten vom Vortragenden beobachteten Falle bestand auch diese leichte Ermüdbarkeit der Pharynxmuskeln, er brachte zuweilen den Bissen nicht weiter hinunter und so trat auch der Exitus während des Essens dadurch ein, dass ein Bissen stecken blieb und Erstickung bewirkte.

Der vorliegende Fall wurde gleich dem ersten mit der Diagnose Dystrophia musculorum progressiva zugeschickt; diese Diagnose konnte aber bald ausgeschlossen werden, da weder Atrophie, noch Hypertrophie besteht. Zwar sind die Gehstörungen ähnlich wie bei der Muskeldystrophie, jedoch nur für eine oberflächliche Betrachtung, da nicht bloss einzelne Muskelgruppen, sondern alle bei dem Acte gebrauchten Muskeln in gleicher Weise theilnehmen, und zwar immer mehr, je länger der Gehversuch dauert.

(Patient geht nun vor: anfangs ganz sicher, schon nach ein paar Minuten schwankend, endlich fällt er zusammen. Ganz die gleiche Erscheinung ist an den Armen und den übrigen erwähnten Muskeln wahrzunehmen.)

Die Ptosis ist schon gebessert und tritt jetzt erst etwa nach einer Viertelstunde ein; ähnlich die Kaubewegung.

Höchst interessant verhält sich die elektrische Erregbarkeit: Bei der gewöhnlichen Untersuchung mit mittleren Strömen erhält man ganz normale Zuckungen; wendet man jedoch tetanisirende Inductionsströme an, gleichviel ob direct oder indirect, dann zeigt sich das gleiche Phänomen, welches bei einem durch willkürliche Bewegung ermüdenden Muskel auftritt, nämlich eine von Zuckung zu Zuckung immer kürzere Dauer der tetanischen Contraction, bis schliesslich, und zwar schon bei der 4. oder 5. Zuckung, der Muskel nur noch für einen Moment auf der Höhe der Contraction verweilt und rasch wieder abfällt. (Demonstration an Curven.) Es muss also ein abnormer Zustand im Muskel selbst, nicht im Centralorgan vorhanden sein.

Wir kennen aber eine andere Krankheit, bei welcher die gleichen Verhältnisse bei Reizung mit tetanisirenden Strömen vorliegen, die Thomsen'sche Krankheit. Wenn ein solcher Patient seine Muskeln willkürlich contrahirt, dann erfolgen tonische Contractionen, die immer weniger tonisch und schliesslich ganz normal werden. Man muss an eine Aenderung im Chemismus des Muskels denken und es ist von Interesse, an die ähnlich wirkenden Muskelgifte zu erinnern (Veratrin, Digitoxin und besonders Protoveratrin). Es ist aber die Frage, ob nicht gleichzeitig auch in den nervösen Centralorganen abnorme Zustände vorhanden sind. Man denke an die Versuche Mosso's, der an gesunden Menschen dann eine eigenthümliche Aenderung in den Bewegungscurven nachwies, wenn sich die Versuchsperson während der körperlichen Bewegung zugleich geistig beschäftigte, wofür er als Erklärung die Erzeugung von für den Muskel giftigen Substanzen im Gehirn annahm, welche durch den Kreislauf in den Muskel gelangen.

Es sind von dieser Krankheit im Ganzen 18 Fälle bekannt geworden, von denen 12 gestorben, die übrigen 6 theils gebessert, theils geheilt worden sind.

Die erste Beobachtung über abnorme Erschöpfbarkeit der Muskeln rührt von Benedict aus dem Jahre 1868, der sie gleichzeitig mit Affectionen im Gehirn fand, während die erste genaue Beschreibung von Erb stammt, der sie als „eigenthümlichen Bulbärcomplex", später als „Bulbärparalyse ohne besonderen Befund" bezeichnete. Statt dessen schlägt Vortragender den Namen „Myasthenia gravis pseudoparalytica" oder „Pseudoparalysis myasthenica" vor. Von anatomischen Veränderungen fand man zumeist gar nichts, Eisenlohr Hyperämie in Brücke und verlängertem Mark, Kalischer eine solche im ganzen Rückenmark und den cerebralen Theilen der motorischen Bahn. Vortragender glaubt, dass man die Aufmerksamkeit auf die motorischen Bahnen des Gehirns lenken müsse.

Die Therapie: Ruhe; sogar unter Umständen noch Vermeidung der Schlundsonde und dafür Nährklysmen (Oppenheim). Vom constanten Strom wurden keine sicheren Resultate beobachtet. Zweckmässig ist ferner Arsen und vielleicht eines der oben erwähnten Muskelgifte (Veratrin, Physostygmin).

Discussion über den Vortrag des Herrn Hansemann: Ueber Diphtherie und Diphtherieheilserum.

Herr v. Bergmann: Er habe ums Wort gebeten, um in der Frage des Heilserums zu sprechen, nicht als ob er mit seinem Urtheile darüber schon fertig geworden, aber weil es sich um ein Mittel

handele, das am Krankenbette zu prüfen sei und über welches sich deswegen der Kliniker auszusprechen habe. Nach einer vortrefflichen Einleitung habe Herr Hansemann die Sache so dargestellt, dass es scheinen musste, als ob die Kliniker sehr unbedacht gehandelt hätten. Dem ist aber keineswegs so, wenn Vortr. auch bekannt, dass er wenig Hoffnung hege, den Schlussstein zu dem stolzen Bau, der jetzt begonnen, noch mit beitragen zu dürfen.

Herr Hansemann hat zunächst darauf hingewiesen, dass Löffler bei der ersten Veröffentlichung über den Diphtheriebacillus selbst noch nicht sicher an denselben geglaubt habe. Darin hat sich aber im Laufe der Zeit sehr vieles geändert. Schon nach 3 Jahren konnte z. B. Löffler in 10 nach einander frisch untersuchten Fällen jedesmal seinen Bacillus finden. Dies erregte Aufsehen und Pasteur liess die Suche aufnehmen und Roux und Yersin fanden ihn regelmäsig; ebenso war es dann in Genf, in Wien, bei den Untersuchungen Escherich's und Emmerich's in München, ferner hier in Baginsky's Klinik und endlich in Stuttgart, wo sich der Löffler'sche Bacillus in 470 Fällen 450 mal fand. Kann man sich aber verwundern, dass daneben noch andere Bacillen gefunden werden? Gewiss nicht! Wir wissen ja doch, dass sich in jedem Milzbrandcarbunkel neben den Milzbrandbacillen noch andere Bacterien in Menge finden und doch haben wir allen Grund den bekannten Milzbrandbacillus als den Erreger der Krankheit zu betrachten. Wenn sich der Löffler'sche Bacillus nicht immer findet, so muss man doch an die Schwierigkeit der Untersuchung denken. In den letzten 46 Fällen, welche in v. Bergmann's Klinik behandelt wurden, fand sich der Bacillus regelmässig. Ferner denke man doch an die diagnostische Schwierigkeit; wie schwer ist es zuweilen, die Angina necrotica von wirklicher Diphtherie zu unterscheiden. Je mehr Untersuchungen gemacht werden, desto häufiger wird der Bacillus gefunden und in frischen Fällen jedesmal.

Was braucht man zu einem Beweise, dass der Löffler'sche Bacillus der Erreger der Diphtherie sei?

1) Dass er pathogen ist; und das hat Herr Hansemann zugegeben. Der Löffler'sche Bacillus erzeugt stets eine typische Erkrankung.

2) Dass er sich in den diphtheriekranken Menschen findet. Auch dies steht fest. Da er aber auch bei gesunden Menschen vorkommt, so hat Herr Hansemann von diphtheriekranken und diphtheriegesunden, wie auch von cholerakranken und choleragesunden gesprochen. Dieser Satz, hätte Vortr. gewünscht, möchte nicht in dem Vortrage des Herrn Hansemann vorgekommen sein, da man doch zur Genüge die verschiedene Virulenz der Bacterien kennt. Die Chirurgen machen diese Erfahrung täglich; denn an den Händen kleben immer Staphylococcen und Streptococcen, und sie müssten viel häufiger im Anschluss an die unvermeidlichen kleinen Verletzungen Wundinfectionen davontragen, wenn nicht noch ein gewisses Etwas dazu gehörte. Dies beweisen die Versuche Schimmelbusch's, welcher zeigte, dass man in einem Gemenge von Staphylococcen mit den Händen wühlen könne, ohne etwas zu bekommen, dass aber, wenn man diese Staphylococcen in die Haut einreibe, allenthalben Furunkel aufschiessen. Der Bacillus findet sich also auch beim Menschen und für die Identität beider, der Thier- und Menschenkrankheit, spricht auch, dass bei Pasteur sehr häufig dieselben Lähmungen an Thieren beobachtet wurden, wie sie beim Menschen so oft zu finden sind. Es steht jedenfalls fest, 1) dass Meerschweinchen durch den Löffler'schen Bacillus krank gemacht werden, 2) dass Meerschweinchen durch das mit Hilfe von abgeschwächten Culturen des Löffler'schen Bacillus gewonnene Behring'sche Serum immunisirt werden können, 3) dass sich in frischen Fällen beim Menschen jedesmal der L. Bacillus findet — — nehmen sie dazu noch eine ganz kleine Hypothese, nämlich, dass die durch den Löffler'schen Bacillus erzeugte Krankheit identisch mit der menschlichen Diphtherie sei, dann wären wir Kliniker verpflichtet an die Prüfung des Mittels heranzugehen. Vortr. ist mit grossen Zweifeln an die Prüfung des Mittels herangegangen, denn ein gebranntes Kind scheut das Feuer und Brandwunden habe er zur Zeit des Tuberculins genug erlitten.

Noch ein Grund ausser dem Eingangs erwähnten veranlasste ihn heute zu sprechen, nämlich, dass sich Herr Behring in dem ärztlichen Verein zu Halle auf ihn berufen hat, auf die Versuche, welche Behring mit Vortragendem zusammen vor längerer Zeit gemacht hatte. Die Erfahrungen, welche Herr v. Bergmann damals gemacht, sprechen freilich gerade gegen Behring. Behring führte damals seine Versuche an Kaninchen vor: die mit Serum gespritzten Thiere starben und die nichtgespritzten kamen durch. Trotzdem wagte er einige Versuche an Kindern. Das eine Kind bekam eine Phlegmone, wurde aber geheilt; das andere, welches mit im Vacuum sterilisirtem Serum gespritzt wurde, starb. Da hatte Vortragender genug und brach die Versuche ab. Er nahm an, dass es sich mit dem Diphtherieserum ebenso wie mit dem Tetanusserum verhalte. Es ist noch kein Mensch durch Serum vom Tetanus geheilt worden, mit Ausnahme von chronischen Fällen, welche mit allen Mitteln geheilt werden können.

Dies waren v. Bergmann's Vorurtheile und er wäre nicht mehr zur Serumtherapie zurückgekehrt; da war es gerade ein Gespräch mit Herrn Virchow, das ihn wieder dahin zurückbrachte. Er kennt kein Urtheil, das mehr für die Sache spricht, als das des Herrn Virchow über die Erfahrungen im Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus.

Ueber die eigentlichen Ergebnisse wird v. Bergmann erst nach Jahresfrist sprechen. Bis zum Beginne der Serumbehandlung wurden auf seiner Abtheilung in 12 Jahren 4054 Kinder an Diphtherie behandelt; 2086 tracheotomirt; die Gesammtmortalität betrug 52 Proc.

Herr Virchow: Herr v. Bergmann hat soeben auf die Erfahrungen, welche mit dem Diphtherieheilserum im Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhaus gemacht wurden, hingewiesen. Ich habe mich darauf vorbereitet, Ihnen eine genaue Uebersicht zu geben. Ich will es in aller Kürze thun und mit Ihrer Erlaubniss das ausführlichere Zahlenmaterial dem officiellen Bericht einfügen. Im März d. Js. begann die Behandlung mit dem Aronson'schen Mittel, welches Herr Aronson uns unentgeltlich zur Verfügung stellte; damit machte er uns im Ganzen ein Geschenk von etwa 4000 M.

Die Erfolge, die dort im Kinderkrankenhause erzielt worden sind, sind sehr günstig, besonders im Juni und Juli. Vortragender verliest nun die Zahlen der Geheilten und Gestorbenen von Woche zu Woche, woraus sich ergibt, dass während der ersten Periode der Behandlung sich die Geheilten zu den Gestorbenen durchschnittlich wie 6 : 1 verhalten; als dann im August durch den Tod mehrerer Pferde das Mittel ausging, stieg die Mortalität plötzlich enorm an, wurde etwa der Heilungszahl gleich, und als dann als Ersatz für das Aronson'sche Mittel das Behring'sche angeschafft werden konnte, fiel die Sterblichkeit wieder zu der in der ersten Periode erreichten Höhe oder vielmehr Niedrigkeit ab.

Das Gesammtresultat ist:

bei 533 Fällen wurden geimpft 303 mit einer Sterblichkeit **von 13,2 Proc.!!**
und wurden
nicht geimpft 230 mit einer Sterblichkeit **von 47,8 Proc.!!**

Rechnet man bloss die letzte Periode, also die, in welcher mit Behring'schem Serum geimpft wurde, so ergibt sich sogar bloss eine Sterblichkeit von 12,6 Proc.

Für mich, fuhr Virchow fort, war es wie auch für andere Collegen absolut unmöglich, bei einer solchen Aenderung der Mortalität in unmittelbarem Zusammenhang mit der Anwendung bezw. dem Aussetzen des Serums an dessen günstiger Wirkung zu zweifeln. Und ich kann nicht sagen, dass ich bisher in meiner Auffassung erschüttert worden bin. Alle theoretischen und sonstigen Bedenken müssen gegenüber diesen, ich möchte sagen, brutalen Zahlen zurücktreten!

Ich bin ja kein solcher Verehrer des Heilserums, wie manche der ersten Entdecker es sind; wir sind über manche Dinge noch im Unklaren, über die uns erst weitere Erfahrungen belehren können. Aber ich kann nicht umhin zu sagen, dass für jeden ernsthaften Arzt die Pflicht besteht, das Mittel in Anwendung zu bringen. Die Möglichkeit, dass es schaden könnte, ist so geringfügig, dass wir sie vernachlässigen können. Das ist eben hier ganz anders, wie seiner Zeit beim Tuberculin, wo die Schädlichkeit nachzuweisen war, der Nutzen aber nicht.

Aber ein anderer Punkt bedrückt Vortragenden noch schwer, der höher veranschlagt werden muss, als es bisher der Fall war. Was man nämlich anatomisch Diphtherie nennt, ist nicht dasjenige, was die Löffler'schen Bacillen erzeugen. Denn der Begriff deckt sich nicht bloss mit der „Bacillendiphtherie", sondern kommt auf allen möglichen Schleimhäuten vor (Darm, Blase etc.). Es ist dieselbe Schwierigkeit, wie beim Tuberkelbacillus; hier ist man auf demselben Wege, den man jetzt in der Diphtheriefrage eingeschlagen, dazu gekommen, eine käsige Pneumonie Tuberculose zu nennen. Man sagt also jetzt schon, ohne Bacillen gäbe es keine Diphtherie; da es aber doch diphtheritische Processe ohne Bacillen gibt, so fragt es sich, wie soll man diese nennen? Auch Bretonneau ging vom anatomischen Befund aus und nicht vom Bacillenbefund. Viel häufiger als der Löffler'sche Bacillus findet sich in allen Diphtheriebelägen der Streptococcus und es scheint, dass gerade die Mortification des Gewebes durch andere Bacterien als den Löffler'schen Bacillus bewirkt wird. Hier muss also erst eine sorgfältige Classification, eine Abgrenzung eintreten.

Darum wird, wenn wir auch allen Grund haben, das Serum anzuwenden, noch eine sehr ernste Arbeit nöthig sein, um eine geläuterte Geschichte der Diphtherie zu liefern. Das wird aber sicherlich im Laufe weniger Jahre geschehen können. Vor Allem aber gehört dazu, dass man das Dogma „ohne Diphtheriebacillen keine Diphtherie" fallen lasse. H. K.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 4. December 1894.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr **Litten** die Leichenpräparate jenes **Tumors im Mediastinum,** den er in einer der kurz vorangegangenen Sitzungen in vivo vorgestellt hatte. Es fand sich ein Rundzellensarkom und bezüglich der früher im Pleuraexsudat gefundenen und von ihm damals als Tumorzellen aufgefassten grossen Zellen (cf. Bericht vom 29. Oct. d. W., No. 46) zeigte es sich, dass die damals in eer Discussion geäusserten Bedenken berechtigt waren, indem sich keinerlei Metastasen auf der Pleura fanden.

Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn **Rosenheim: Ueber die chirurgische Behandlung der Magenkrankheiten.** (cf. Bericht vom 29. Oct., No. 46 d. W.)

Herr Pariser fand in der Literatur von 43 operativ behandelten perforirten Magengeschwüren 10 bezw. 11 geheilte. Bezüglich der diagnostischen Bedeutung der Milchsäurereaction gibt er an, dass er sie in allen von ihm darauf untersuchten Fällen von Magenkrebs mit Ausnahme zweier Cardia- und eines noch sehr kleinen Pyloruscarcinoms gefunden hat.

Herr Boas hält den Optimismus Rosenheim's, wie den des Herrn Ewald für zu weitgehend; er sah in 16 von ihm zur Operation verwiesenen Fällen (14 Carcinome und 2 gutartige Stenosen) 4 Todesfälle, aber nur 4mal ein vollständig befriedigendes Resultat. Man müsse aber immer bedenken, dass man es mit Personen zu thun habe, die ohne Operation verloren sind.

Herr Wieser, Herr Littauer, Schlusswort Herr Rosenheim.

Naturhistorisch-medicinischer Verein in Heidelberg.

(Officieller Bericht.)

Medicinische Section.

Sitzung vom 13. November 1894.

1) Prof. **Jurasz** stellt einen Fall von **Angioneurose** (Erythanthem) der Gesichtshaut vor. Der Fall betrifft einen 15 Jahre alten Kaufmannslehrling, Friedrich G. von Heidelberg, dessen Krankengeschichte in den Hauptzügen folgendermaassen lautet:

Der Patient, erblich in keiner Weise belastet, war stets gesund und leidet erst seit 1—2 Jahren an Magenkrämpfen, die sich durchschnittlich alle 4 Wochen einmal wiederholen. Die Verdauung und sonstige Functionen normal.

Am 18. Mai d. Js. fiel der Kranke etwa 4 Meter hoch von einer Treppe herunter, verlor 2 Zähne und blutete stark aus der Nase. Seitdem linksseitige Verstopfung der Nase und häufiges Kopfweh. Objectiver Befund: starke Verbiegung der Nasenscheidewand nach links.

Am 16. Juni d. Js. trat zum ersten Male auf der Gesichtshaut rechts seitlich von der Nase ein streifenförmiges Erythem auf, das sich schnell zu einer Exsudation und Krustenbildung steigerte. In 3 Tagen verschwand diese Veränderung spurlos.

Vom 19. Juni bis zum 20. Juli wurde gegen die Septumdeviation die Electrolyse bei schwachem Strom und kurzer Dauer 12 mal angewandt, wobei sich während der Sitzungen häufig ein Erythem zeigte, das streifenförmig zu beiden Seiten der Nase symmetrisch sass, aber nach kurzer Dauer verschwand. Die Electrolyse wurde seitdem ausgesetzt, da am 20. Juli wieder ein starkes Erythem an denselben Stellen und in derselben Form mit nachfolgender Exsudation und Bildung von braunen Krusten sich entwickelte, aber wieder in kurzer Zeit ohne Narbenbildung heilte. Nach 3 wöchentlicher Pause erschien das Erythem am 13. August anfangs links, dann auch rechts und wiederholte sich seitdem in gewissen unregelmässigen Zeitintervallen, bald ohne bald mit Exsudation, wobei es stets nur 2—3 Tage dauerte. Die Application von verschiedenen Salben blieb erfolglos.

Am 3. October wurde beim Wiedererscheinen des Erythems ein schwacher Inductionsstrom auf die rothen Stellen applicirt. Die Röthe besserte sich sofort oder verschwand gänzlich. Bis zum 20. October kam der Inductionsstrom alle 2 Tage zur Anwendung, da das Erythem nach dem Verschwinden bald wieder auftrat, nie aber zur Exsudation und Krustenbildung führte.

Nach 3 wöchentlicher Pause am 9. November stellte sich wieder die Hautveränderung in noch nicht dagewesener Intensität ein. Ausser den gewöhnlichen Streifen zu beiden Seiten der Nase mit starker Krustenbildung entwickelten sich zwei isolirte, symmetrisch seitlich von beiden Nasenflügeln liegende, über linsengrosse Krusten. Bei der Vorstellung des Patienten sind die Krusten zum Theil abgefallen.

Die subjectiven Beschwerden beschränken sich auf ein geringes Brennen in den erythematösen Stellen und ein geringes Kopfweh. Der Patient gibt an, dass auf die Entwickelung des Erythems eine psychische Erregung entschieden einen Einfluss hat. Sonstige Ursachen unbekannt.

Der Fall bleibt noch in Beobachtung und Behandlung.

2) Prof. **Hoffmann** spricht über **Epidermolysis bullosa hereditaria** mit Krankenvorstellung.

Der Vortrag wird ausführlich in dieser Wochenschrift veröffentlicht werden.

3) Prof. **Ernst: Ueber Mycosen bei Diabetes** mit Demonstration einer durch Colibacillen verursachten eigenthümlichen, mehr nekrotischen Form von Pyelonephritis, experimentell bei Kaninchen durch Colibacillen erzeugten Pyelonephritis, und experimentell hervorgerufenen Soorherden der Nieren. Bei Diabetes wurde Staphylococcus pyog. aur. und Soor in der Trachea, Aspergillus fumigatus im Bronchus, Colibacillen in der Niere gefunden und endlich Hefeformen aus Blase, Urin und Niere gezüchtet. Die verschiedenen Wege, auf denen der diabetische Zustand das Pilzwachsthum beeinflussen kann, werden erörtert, aber soviel geht aus den Untersuchungen hervor, dass Vertreter aller möglichen niederen Pilzgattungen im diabetischen Körper ein gedeihlicheres Wachsthum finden.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 27. November 1894.

Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese des Hitzschlags.

Laveran fand als Ergebniss seiner diesbezüglichen Untersuchungen, dass angestrengte Leibesbewegung an sich schon die Körpertemperatur erhöhe und dazu noch die äussere Hitze komme, um eine weitere Steigerung dieser Temperatur zu bewirken. Erreicht dieselbe im Innern des Körpers eine Höhe von 45°, so sterben Menschen und höhere Thiere. Für gewöhnlich lässt sich der Tod beim Hitzschlag weder durch die Coagulation des Myosins noch durch Asphyxie, noch durch eine Autointoxication erklären, sondern er scheint durch eine directe, zuerst excitirende, dann lähmende Wirkung, welche die Hitze auf das Nervensystem ausübt, zu Stande zu kommen.

Heilende Wirkung der Lufteinblasung bei der tuberculösen Peritonitis.

Folet-Lille glaubt, dass die Laparotomie, welche nun seit 10 Jahren mit bestem Erfolg gegen die Bauchfelltuberculose in Anwendung komme, nur als solche wirke, d. h. dass mit der Eröffnung der Bauchhöhle der Luftzutritt an sich den tuberculösen Process und die Entwicklung des Bacillus beeinflusse, da ja bei Anwendung der verschiedensten Antiseptica und der Asepsis meist das gleiche Resultat erzielt würde. Wie F. selbst in 2 Fällen vorging, so schlägt er vor, in all' den Fällen, wo die Laparotomie verweigert wird oder aus äusseren Gründen nicht angängig ist, die Bauchhöhle zu punktiren und dann in dieselbe einige (3) Liter Luft einzublasen. In den behandelten Fällen bildete sich kein Ascites mehr, der Allgemeinzustand besserte sich sehr und diese Heilung hält nun 8 Monate an.

Sitzung vom 2. December 1894.

Vorschriften über die erste Hilfeleistung bei den Opfern der Elektricität.

In Anbetracht der zahlreichen Unglücksfälle, welche den bei den verschiedensten elektrischen Apparaten Beschäftigten zustiessen, erbat sich der Minister der öffentlichen Arbeiten von der Akademie diesbezügliche Vorschriften. Im Namen einer Commission, welcher Bouchard, d'Arsonval, Laborde und Gariel angehörten, macht letzterer folgende Vorschläge.

Man bringe den durch elektrischen Schlag Getroffenen in einen luftigen Raum, wo nur 3—4 zur Hilfeleistung benöthigte Personen bleiben sollen. Dann entferne man die Kleider und versuche möglichst schnell, Respiration und Circulation in Gang zu bringen. Zu ersterem Zwecke dienen 2 Methoden: 1) Die rhythmischen Tractionen der Zunge, welche, die Athembewegungen nachahmend, wenigstens 20 mal in der Minute geschehen sollen. (Man öffnet den Mund, wenn nöthig, mit Gewalt, nimmt den vorderen Theil der Zunge zwischen Daumen und Zeigefinger der rechten Hand, am besten mit einem Stück Leinen umhüllt, und führe dann tactmässig die Züge aus.) Damit fahre man ununterbrochen eine halbe Stunde, eine Stunde und noch länger fort. Bei der zweiten Methode der künstlichen Athmung, der gewöhnlichen, macht man die Bewegungen der an den Ellenbogen gefassten Arme ebenfalls 20 mal in der Minute bis zur Wiederkehr der natürlichen Athmung. Man beginne stets mit der ersten Methode und füge, wo möglich, gleich darauf die zweite hinzu. Zur Anregung der Circulation dienen die bekannten Mittel: Reibung der Körperoberfläche, Schlagen des Rumpfes mit den Händen oder mit feuchten Tüchern, zeitweises Befeuchten des Gesichtes mit kaltem Wasser, Vorhalten von Ammoniak oder Essig. St.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Royal medical and chirurgical Society.

Sitzung vom 27. November 1894.

a) Behandlung der Affectionen des Respirationstractus durch intralaryngeale Injectionen.

C. Campbell und W. Whitehead befürworten die intratracheale Behandlung nicht nur bei Phthise allein, sondern bei den meisten Lungenaffectionen, inclusive der Hämoptyse, in ausgedehntem Maasse.

Rosenberg und Grainger Stewart wenden eine Lösung von 2 Proc. Guajacol und 10 Proc. Menthol auf 88 Proc. Ol. olivar. an; Campbell empfiehlt die Lösung von Menthol in reinstem Glycerin,

da dasselbe selbst wieder eine nicht zu unterschätzende expectorirende Wirkung besitze; bei Hämoptyse Terpentin in Ol. olivar.

Die Menge der auf einmal zu injicirenden Flüssigkeit beträgt 4—6 g; die Injection soll während der Inspiration erfolgen und kann 2—3 mal hintereinander wiederholt werden. Haupterforderniss bei der Injection selbst ist, die Spritze möglichst rasch durch die Rima glottidis passiren zu lassen, um eine Reizung derselben zu vermeiden. Durch Lagerung des Patienten auf die eine oder andere Seite lässt sich eine directe Einwirkung der injicirten Medicamente auf die betreffende Lungenhälfte erzielen.

b) Anwendung des Schwefels in der Chirurgie.

W. Arbuthnot Lane wurde durch einen tödtlich verlaufenden Fall von Jodoformintoxication veranlasst, nach einem minder schädlichen Antisepticum zu suchen und verfiel auf die Anwendung des äusserlich so vielfach und mit so grossem Erfolg verwendeten Schwefels.

Die Wirkung desselben auf das lebende Gewebe ist eine leicht cauterisirende, wahrscheinlich unter Entwicklung von Schwefelwasserstoff. Lane kam nach einer Reihe von Versuchen zu dem Schlusse, dass weder der Schwefel selbst, noch seine Zersetzungsproducte irgendwie gesundheitsschädlich auf den Organismus wirken und dass derselbe, auf eine frische Wunde gebracht, diese binnen 24 Stunden vollständig keimfrei macht; bei granulirenden oder mit mangelhaftem Blutzufluss versehenen Wunden wird die Anwendung vortheilhaft auf eine etwas längere Periode ausgedehnt. Ferner fand er, dass die Anwendung des Schwefels speciell für tuberculöse Processe vortheilhaft und weiterhin völlig schmerzlos sei.

Auf die Interpellation von Spencer Wells und Barwell, welchen Vorzug die Anwendung des reinen Schwefels vor der schwefligen Säure habe, welche mit Erfolg bei tuberculösen Affectionen und chirurgischen Fällen (auch im Feldzug 1870/71) zur Anwendung kam, antwortete Lane, dass sich die Wirkung des Schwefels zu der der schwefligen Säure ähnlich wie die des Jodoforms zum Jod verhalte und in allmählicher Entwicklung von schwefliger Säure und deren Umwandlung in Schwefelsäure bestehe, die schweflige Säure also im Status nascendi zur Wirkung komme, während bei directer Anwendung der schwefligen Säure dieselbe sofort neutralisirt und zum grössten Theile wirkungslos gemacht werde. F. L.

Verschiedenes.

(Eine neue Uebersetzung des Hippokrates.) Es wäre erfreulich, wenn aus dem in jüngster Zeit häufigeren Erscheinen deutscher Uebertragungen medicinischer Classiker auf eine Zunahme des Interesses an der Geschichte der Medicin geschlossen werden könnte. So ist der erst vor Kurzem von Dr. Huber-Memmingen herausgegebenen „Gynäkologie des Soranus“ (Verlag von J. F. Lehmann in München) jetzt der erste Band einer Verdeutschung sämmtlicher Werke des Hippokrates durch Dr. Robert Fuchs in Dresden (Verlag von Dr. H. Lüneburg in München) gefolgt. Da eine den modernen Anforderungen genügende deutsche Ausgabe des Hippokrates nicht existirte, so entspricht das vorliegende Unternehmen einem Bedürfniss. Als Probe der Uebersetzung lassen wir hier folgen, was als die älteste Standesordnung bezeichnet werden kann, den von einer hohen und edlen Auffassung des ärztlichen Berufes im Alterthum zeugenden „Eid des Hippokrates“:

„Ich schwöre bei Apollon, dem Arzte, bei Asklepios, Hygieia und Panakeia und bei allen Göttern und Göttinnen, indem ich sie zu Zeugen mache, dass ich diesen meinen Eid und diese meine Verpflichtung erfüllen werde nach Vermögen und Verständnis, nämlich denjenigen, welcher mich in dieser Kunst unterwiesen hat, meinen Eltern gleichzuachten, sein Lebensschicksal zu teilen, ihm auf Verlangen dasjenige, dessen er bedarf, zu gewähren, das von ihm stammende Geschlecht gleich meinen männlichen Geschwistern zu halten, sie diese Kunst, wenn sie dieselbe erlernen wollen, ohne Entgelt und ohne Schein zu lehren und die Vorschriften, Kollegien und den ganzen übrigen Lernstoff meinen Söhnen sowohl wie denen meines Lehrers und den Schülern, welche eingetragen und verpflichtet sind nach ärztlichem Gesetze, mitzuteilen, sonst aber niemand.

Diätetische Massnahmen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken nach meinem Vermögen und Verständnisse, drohen ihnen aber Fährnis und Schaden, so werde ich sie davor zu bewahren suchen. Auch werde ich keinem, und sei es auf Bitten, ein tötliches Mittel verabreichen, noch einen solchen Rat erteilen, desgleichen werde ich keiner Frau eine abtreibende Bougie geben. Lauter und fromm will ich mein Leben gestalten und meine Kunst ausüben. Auch will ich bei Gott keinen Steinschnitt machen, sondern ich werde diese Verrichtung denjenigen überlassen, in deren Beruf sie fällt. In alle Häuser aber, in wie viele ich auch gehen mag, will ich kommen zu Nutz und Frommen der Patienten, mich fernhaltend von jederlei vorsätzlichem und Schaden bringenden Unrechte, insbesondere aber von geschlechtlichem Verkehre mit Männern und Weibern, Freien und Sklaven. Was ich aber während der Behandlung sehe oder höre oder auch ausserhalb der Behandlung im gewöhnlichen Leben erfahre, das will ich, soweit es ausserhalb nicht weitererzählt werden soll, verschweigen, indem ich derartiges für ein Geheimniss ansehe.

Wenn ich nun diesen Eid erfülle, ohne ihn zu brechen, dann möge mir ein glückliches Leben und eine glückliche Kunstausübung beschieden sein und ich bei allen Menschen für immer in Ehren stehen, wenn ich ihn aber übertrete und meineidig werde, möge das Gegentheil geschehen!“

(„Der Arzt wie er sein soll.“) Eine gelegentlich der 50jährigen Jubelfeier des Vereins der Aerzte des Regierungsbezirks Düsseldorf von dem Vorsitzenden des Vereins Geh. Sanitätsrath Graf gehaltene, in der Festschrift des Vereins abgedruckte Festrede, die einen meisterhaften Ueberblick über die Entwicklung der wissenschaftlichen Medicin in den letzten 50 Jahren gibt, schliesst mit folgenden, das Ideal eines Arztes ausgezeichnet charakterisirenden Worten Sonderegger's, des Präsidenten des schweizerischen Aerzteverbandes:

„Zu allen Zeiten und auf allen Culturstufen der Menschheit ist die Medicin eine brennende Frage; für die Ungebildeten bezeichnet sie den letzten Act im Kampfe um's Dasein, für den Denkenden den ersten. Wer dem Menschen rathen und helfen soll, der muss ihn ganz verstehen. Wer in naturwissenschaftlicher Erkenntniss, an Geist und Charakter ein Mustermensch wäre, der wäre „der Arzt wie er sein soll“.“

„Darum rathe Niemandem, Arzt zu werden! Wenn er es dennoch werden will, mahne ihn ab, wiederholt und eindringlich, — will er aber nichts desto minder, dann gib ihm Deinen Segen, insofern er etwas werth ist, er kann ihn brauchen!“

„Es ist auf Erden nichts Grösseres und Schöneres als der Mensch; er ist die schwerste und erhabenste Aufgabe des Denkens und Handelns; sein Werden und Sterben, sein Leben, Leiden, Alles ist im höchsten Grade merkwürdig und rührend. Helle Augen und feine Ohren musst Du mitbringen, ein grosses Beobachtungstalent und Geduld und wieder Geduld zum endlosen Lernen, einen klaren kritischen Kopf mit eisernem Willen, der in der Noth erstarkt, und doch ein warmes bewegliches Herz, das jedes Weh begreift und mitfühlt, religiösen Halt und sittlichen Ernst, der die Sinnlichkeiten, das Geld und die Ehre beherrscht, nebenbei auch ein anständiges Aeusseres, Schliff im Umgang und Geschick in den Fingern, Gesundheit des Leibes und der Seele, das Alles musst Du haben, wenn Du nicht ein unglücklicher oder ein schlechter Arzt sein willst; Du musst die Kameellast des Vielwissers schleppen und die Frische des Poeten bewahren, Du musst alle Künste der Charlatanerie aufwiegen und dabei ein ehrlicher Mann bleiben; die Medicin muss, darauf läuft Alles hinaus, Deine Religion und Politik, Dein Glück und Unglück sein!“

Therapeutische Notizen.

(Resultate der Serumbehandlung der Diphtherie) Hager-Magdeburg berichtet (C. f. inn. Med. No. 48) über 25, zum weitaus grössten Theil bakteriologisch constatirte Diphtheriefälle bei Individuen von 8 Monaten bis zu 16 J. Sie stammen aus der Privatpraxis des Verf. Ausserdem wurden 35 Kinder diphtherieinficirter Familien prophylaktisch immunisirt. Von der ersteren Categorie starb ein Kind, ein von Anfang an desolater Fall; von den „geschützten“ Kindern erkrankten 4; drei genasen, eines scheint noch in Behandlung. Die zur Heilung benöthigten Serummengen betrugen im Einzelfall 250—2500 Antitoxineinheiten und mehr, im Mittel 1000 A.-E. Die Genesung nach den Einspritzungen war eine typische und zeigte Besserung des Allgemeinbefindens, Nachlass des Fiebers und der Pulsfrequenz, Abgrenzung und nach 4 mal 24 Stunden Verschwinden der Beläge. Leichte postdiphtheritische Lähmungen traten in 3 Fällen auf, leichte Albuminurie in seltenen Fällen, dysenterische Stuhlgänge einmal, urticariaähnliches Exanthem fünfmal. Der Gesammteindruck, den Verf. aus seinen Beobachtungen gewann, war der, dass die Anwendung des Heilserums — jedenfalls unschädlich — dem praktischen Arzte in der Behandlung der Diphtherie gute Resultate bieten kann.

Auf der Diphtheriestation des Krankenhauses Magdeburg-Altstadt wurden, wie Dr. Möller (ib.) berichtet, vom April bis November 1894 76 diphtheriekranke Kinder mit Heilserum behandelt, 312 ohne dasselbe; von der Serumtherapie wurden von vornherein ausgeschlossen ganz leicht erkrankte und moribunde Kinder. Als Vergleichsmaterial dienen die Tracheotomirten; von den mit Serum behandelten Kindern wurden 63 Proc. tracheotomirt, von den anderen 36 Proc., von den Tracheotomirten, Serumbehandelten starben 39,6 Proc., von der anderen Gruppe 55,6 Proc. Dieser Unterschied ist immerhin bemerkenswerth, wenn auch Schwankungen der Sterblichkeitsziffer bis zu 15,6 Proc. schon früher beobachtet wurden. In 42 Proc. der „Gespritzten“ wurde Albuminurie, 6 mal Urticaria beobachtet. Von den immunisirten Kindern erkrankte eines. Die bakteriologische Untersuchung hat bis jetzt nur Mischformen, nie reine Diphtherieculturen ergeben. Möller betont, dass sich vorläufig nach keiner Richtung sichere Schlüsse ergeben und warnt wegen des sehr ungleichen Materials vor der Benützung grosser Sammelstatistiken.

Dr. Kuntzen hat im Kreiskrankenhause zu Oschersleben 25 Fälle, darunter 2 Erwachsene, mit dem Diphtherieserum behandelt. Von diesen wurden 22 = 88 Proc. geheilt. Von den Gestorbenen war einer am 3., einer am 6., einer am 7. Tage der Erkrankung in Behandlung gekommen. Fünf Kinder wurden tracheotomirt: auf diese treffen 2 Todesfälle. Bakteriologische Untersuchung der Fälle liegt nicht vor, doch glaubt Verfasser, dass man aus dem Verlauf nach der Seruminjection auf die Richtigkeit der Diagnose Diphtherie schliessen könne. „Wenn am 2. Behandlungstag Temperatur und Puls zur Norm zurückkehren und das Allgemeinbefinden vortrefflich ist, während

die Beläge im Rachen im alten Umfange bestehen, dick wie Speck oder Biscuitporcellan den befallenen Theilen aufliegend, wenn sich am 3. Behandlungstage der Rand des scharf abgesetzten Belages von der Unterlage abzuheben scheint und am 4. Behandlungstage der ganze erkrankte Bezirk gereinigt ist, dann ist die Annahme unabweisbar, dass es sich um echte, wirkliche Diphtherie gehandelt hat." Verf. ist der Ansicht, dass Statistiken über die Serumbehandlung der Diphtherie nicht nach der Schwere des Falles, sondern nach der Zeitdauer der Erkrankung bei Beginn der Behandlung zu gruppiren seien. (D. med. W. Nr. 49.)

(Salaktol) heisst die neueste Blüthe auf dem Gebiete der Arzneimittelmischungen. Nach Dr. Wallé in Wandersleben (D. Med. Ztg., 15. Nov.) besteht dasselbe aus einer Combination von Wasserstoffsuperoxyd mit salicylsaurem und milchsaurem Natron; über das gegenseitige Verhältniss dieser Bestandtheile wird nur gesagt, dass es „ein glückliches" ist. Das Mittel wurde bei Diphtherie angewendet mit einem Erfolg, „wie ein solcher bisher noch durch kein Mittel, keine Methode, kein Antidiphtherieserum selbst erzielt worden ist". Es wurden nämlich mit demselben in 5 Jahren 52 nicht epidemisch auftretende Fälle von „Diphtherie" behandelt, von denen „kein einziger einen ungünstigen Verlauf genommen hat". „Bei keinem Patienten ferner ist eine Nachkrankheit aufgetreten, keine Lähmung, keine Nephritis, keine tiefer greifende Gewebsstörung, kein Verschleppen auf benachbarte Organe!"

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 11. December. Die Prüfung, welche die Frage der Bekämpfung des Geheimmittelschwindels seitens der zuständigen Behörden des Reichs in jüngster Zeit gefunden hat, scheint zu der Erkenntniss geführt zu haben, dass es schwierig sein werde, das Geheimmittelunwesen auf reichsgesetzlichem Wege zu bekämpfen. Der Reichskanzler hat daher neuerdings den Bundesregierungen die Anregung gegeben, vorläufig dem Uebel durch Erlass einheitlicher Polizeiverordnungen zu steuern.

— Die Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin hielt am 4. ds. unter dem Vorsitz des San.-Raths Becher eine Sitzung ab. Als Regierungsvertreter wohnte Oberpräsident v. Achenbach bei. Der vom Vorstand ausgehende Antrag, ein Compendium zu verfassen und an die Aerzte des Kammerbezirkes zu versenden, das die für den praktischen Arzt wichtigsten Gesetzesbestimmungen, sowie Regeln für billiges Verschreiben enthielte, wurde abgelehnt. Bezüglich der Frage einer Trennung der Kammer in eine solche für Berlin und eine solche für die Provinz sprach sich die Kammer gegen eine Trennung aus. Die Kammer beschloss ferner, dahin zu wirken, dass solchen Aerzten, welche wegen unheilbarer Geisteskrankheit entmündigt sind, sowie solchen, die gerichtlich bestraft sind mit dauernder Unfähigkeit als Zeuge oder Sachverständiger eidlich vernommen zu werden, die Approbation entzogen werde. Einen weiteren Punkt der Tagesordnung bildete die Ausgestaltung der Taxe für gerichtliche Sachverständige; der Ausschuss wurde beauftragt, Verbesserungen dieser Taxe zu berathen und der Kammer zur Beschlussfassung zu überweisen. Endlich fand ein Antrag, dass zwangsweise ausgeführte Desinfectionen von Wohnungen auf öffentliche Kosten besorgt werden, die Zustimmung der Kammer. Als Aufgabe für die wissenschaftliche Deputation wurden die Gebührentaxe, die Reform des Medicinalwesens und das Dispensirrecht der Homöopathen vorgeschlagen.

— Am 3. ds. fand in Berlin eine vom Verein zur Einführung freier Aerztewahl einberufene zahlreich besuchte allgemeine Aerzteversammlung statt, in welcher über die Regelung des Rettungs- und Transportwesens berathen wurde. Es wurden nach lebhafter Discussion mit grosser Majorität die vorgeschlagenen Thesen acceptirt, deren wesentlichen Inhalt wir bereits in No. 47 mitgetheilt haben.

— Das kaiserliche Gesundheitsamt macht bekannt: „In neuerer Zeit wird vielfach in den Apotheken unter dem Namen „Migränin" ein Heilmittel ohne Recept im Handverkaufe abgegeben, das aus einem Gemische von Citronensäure, Antipyrin und Coffeïn besteht. Es dürfte in Erinnerung zu bringen sein, dass nach § 1 der auf Grund des Bundesrathsbeschlusses vom 2. Juli 1891 in den einzelnen Bundesstaaten erlassenen Verordnungen, betreffend die Abgabe stark wirkender Arzneimittel sowie die Beschaffenheit und Bezeichnung der Arzneigläser und Standgefässe in den Apotheken, die Abgabe des Migränins als eines Antipyrin enthaltenden Mittels nur auf Grund eines ärztlichen Rezeptes erfolgen darf."

— Das Augusta-Hospital in Berlin feierte am 29. v. Mts. sein 25. Jahresfest.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 47. Jahreswoche, vom 18. bis 24. November 1894, die grösste Sterblichkeit Münster mit 28,4, die geringste Sterblichkeit Bielefeld mit 8,4 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Elbing und Mannheim; an Diphtherie und Croup in Beuthen, Bromberg, Essen, Kaiserslautern, Kiel, Kottbus, Magdeburg, Mannheim, Remscheid, Spandau, Zwickau.

— Die chemische Centralstelle für öffentliche Gesundheitspflege in Dresden, zu deren Leitung Professor Renk aus Halle berufen wurde, ist durch eine bakteriologische Abtheilung erweitert worden. Die Bezeichnung der Stelle lautet fortan: Centralstelle für öffentliche Gesundheitspflege.

— Medicinalrath Dr. Arthur Geissler in Dresden, bekannt durch medicinal-statistische Forschungen, wurde zum Director des statistischen Bureaus des sächsischen Ministeriums des Innern ernannt.

— Zur Vorbereitung des internationalen Congresses für Hygiene in Madrid hat sich dort ein Ausschuss von 7 Mitgliedern gebildet.

— Dem Pfarrer Kneipp scheint im Norden des Reichs ein Concurrent erstanden zu sein in der Person des Schäfers Ast in Radbruch (zwischen Hannover und Hamburg). Die Schilderungen der Tagesblätter von dem Zulauf, welchen dieser neueste Wunderdoctor aus Nah und Fern findet, erinnern lebhaft an die bekannten Verhältnisse in Wörishofen, ja sie überbieten dieselben noch. Während jedoch der Erscheinung des Pfarrer Kneipp Originalität und ein gewisses Interesse auch vom ärztlichen Standpunkte aus nicht abzusprechen ist, handelt es sich beim Schäfer Ast, der aus der Besichtigung der Haare seine Diagnosen stellt, um einen Curpfuscher allergewöhnlichster Art. In cultureller Hinsicht interessant ist an seinem Auftreten lediglich die allerdings betrübliche Thatsache, dass ein so plumper Schwindel am Ende des 19. Jahrhunderts noch ein so grosses Publicum finden kann.

— Im Verlag von Richard Schoetz in Berlin erscheint vom 1. Januar 1895 an eine „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung", herausgegeben von Sanitätsrath Dr. Becker und Dr. Leppmann.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin** Geh. Medicinalrath Professor Dr. Senator, Director der III. medicinischen Klinik, feierte am 6. ds. seinen 60. Geburtstag. — Dr. E. Wernicke habilitirte sich als Privatdocent für Hygiene. — **Rostock.** Thierfelder-Jubiläum. Am 10. December vereinigten sich die Universität, die Stadt und die Aerzte ganz Mecklenburgs zur Feier des 70. Geburtstages des allverehrten und für die Entwicklung der Medicinalangelegenheiten des Landes und der Universität so hochverdienten Geheimen Obermedicinalrathes Prof. Thierfelder. Eine Reihe von Deputationen überbrachten dem Jubilar Glückwünsche, seine früheren Assistenzärzte überreichten ihm eine Festschrift, die Studentenschaft feierte ihren Lehrer mit einem solennen Fackelzug. — **Tübingen.** Die Frequenz in diesem Semester beträgt 1184 Studirende, von diesen entfallen 223 auf die medicinische Facultät.

Personalnachrichten.

Bayern.

Verzogen. Dr. Glanz, bisher bez.-ärztlicher Stellvertreter in Altdorf, nach Nürnberg.

Niederlassung. Dr. Johann Wolf, appr. 1894, in Wallenfels, Bez.-A. Kronach.

Abschied bewilligt. Dem Stabsarzt der Landwehr 2. Aufgebots Dr. Leopold Walter (Aschaffenburg).

Gestorben. Dr. Hitschler in Burrweiler (Rheinpfalz); Dr. Christian Gerber in Haunstetten.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 48. Jahreswoche vom 25. Nov. bis 1. Dec. 1894.

Betheil. Aerzte 375. — Brechdurchfall 8 (17*), Diphtherie, Croup 50 (48), Erysipelas 15 (10), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (3), Kindbettfieber 4 (4), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 41 (52), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 5 (2), Parotitis epidemica 4 (6), Pneumonia crouposa 18 (21), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 30 (19), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 8 (6), Tussis convulsiva 70 (86), Typhus abdominalis 3 (6), Varicellen 42 (35), Variolois — (—). Summa 300 (315). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 48. Jahreswoche vom 25. Nov. bis 1. Dec. 1894.

Bevölkerungszahl 390,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 4 (3), Scharlach 4 (2), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 5 (6), Keuchhusten 4 (3), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall 1 (3), Ruhr — (—), Kindbettfieber 2 (—), Croupöse Lungenentzündung 5 (2), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus — (1), andere übertragbare Krankheiten 2 (3).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 177 (153), der Tagesdurchschnitt 25,3 (21,9). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 23,6 (20,4), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 15,1 (12,1), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 13,2 (10,7).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.